

**STRESS, COPING UND SOZIALE KOMPETENZ BEI
KARDIOVASKULÄREN ERKRANKUNGEN**

**Eine empirische Untersuchung mit Herz-
und Kreislaufkranken**

ESDRAS GUERREIRO VASCONCELLOS

*Diss.
München
1985*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554620_0008

AUS DEM MAX-PLANCK-INSTITUT FÜR PSYCHIATRIE

DIREKTOR: PROF.DR.D.PLOOG

STRESS, COPING UND SOZIALE KOMPETENZ BEI
KARDIOVASKULÄREN ERKRANKUNGEN.

Eine empirische Untersuchung mit Herz- und
Kreislaufkranken.

INAUGURAL-DISSERTATION ZUR ERLANGUNG DES DOKTOR-
GRADES DER PHILOSOPHIE AN DER LUDWIG-MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT IN MÜNCHEN.

Vorgelegt von
Esdras Guerreiro Vasconcellos
aus
Canavieiras, Bahia, Brasilien

München 1984

Dekan: Prof. Dr. Baier
Referent: Prof. Dr. J. C. Brengelmann
Koreferent: Prof. Dr. W. Tunner
Rigorosum: 18. Februar 1985

"Streß ist unser ständiger Begleiter, so lange wir leben ... Manchmal geht uns seine Anhänglichkeit ein wenig auf die Nerven; dennoch verdanken wir ihm jeden persönlichen Fortschritt und erreichen durch ihn immer höhere Stufen geistiger und körperlicher Weiterentwicklung. Er ist die Wurzel unseres Lebens. Nur der Distreß ist jedermanns Feind. Er kann rücksichtslos auf uns einschlagen und trifft nicht nur unseren Körper, sondern auch den Geist und kann uns mit vielen Mitteln zermürben und fertigmachen."

SELYE Hans, 1974, in: "Stress - Bewältigung und Lebensgewinn"

VORWORT

DANKSAGUNG

A - THEORETISCHES KONZEPT

1

I - EINLEITUNG

1

Stress und Stressoren

1

1. Definitionsansätze

1

2. Physiologische Aspekte

16

3. Streß und Gesundheit

24

II - PSYCHOLOGISCHER STRESS

34

1. Streßverhalten

34

1.1. Streß und Emotionen

34

1.2. Streß und Kognition

40

1.3. Streß und Persönlichkeit

44

1.4. Streß und Typ-A-Verhaltensmuster

47

2. Soziale Kompetenz

54

2.1. Definitionsansätze

54

2.2. Streß und sprachliche Kompetenz

59

2.3. Streß und soziale Kompetenz

61

3. Coping

64

3.1. Definition und Konzepte

64

3.2. Psychologische Coping-Strategien

69

3.3. Coping und "Social Supports"

73

III - PSYCHOSOMATISCHER STRESS

75

1. Streß und kardiovaskuläre Störungen

75

1.1. Somatische Aspekte

75

1.2. Psychosomatische Faktoren

80

1.3. Characteristica symptomatologica breve	85
1.3.1. Herz- und Kreislaufsysteme	85
1.3.2. Kardiopathien	87
1.3.3. Vaskulopathien	91
2. Soziale Kompetenz und kardiovaskuläre Störungen	96
2.1. Sozialer Kontext psychosomatischer Störungen	96
2.2. Sprachliche Kompetenz und kardiovaskuläre Störungen	101
2.3. Soziale Kompetenz und kardiovaskuläre Störungen	104
 <u>B - DIE UNTERSUCHUNG</u>	 106
1. Zielsetzung	107
1.1. Allgemeine Ziele	107
1.2. Spezielle Ziele	110
1.3. Zusammengefasste Zielsetzung	112
2. Methode	113
2.1. Messung von Streß	113
2.2. Entwicklung der Fragebögen	116
2.3. Verfahren	123
2.4. Zur Aussagekraft der Korrelationen	125
3. Die Stichprobe	126
3.1. Die Versuchspersonen und das INCOR	126
3.2. Die Selektionskriterien	130
3.3. Die Durchführungsbedingungen	132

<u>C - DIE ERGEBNISSE</u>	135
<u>I - DIE KRITERIEN</u>	135
1. Charakteristika der Stichprobenpopulation	136
1.1. Häufigkeiten und Verteilungen	136
1.2. Sozioökonomische Struktur	139
1.3. Zur Repräsentativität der Stichprobe	142
2. Die Lebensdaten	144
2.1. Typ-A-Ausprägungen in der Stichprobe	145
2.1.1. Der Fragebogen	145
2.1.2. Antwortverteilung	146
2.1.3. Die Faktorenanalyse	148
2.2. Globaler Streß und Angstrating	151
2.2.1. Der Fragebogen	151
2.2.2. Die Antwortverteilung	152
2.2.3. Die Faktorenanalyse	152
2.3. Lebensqualität	154
2.3.1. Der Fragebogen	154
2.3.2. Die Antwortverteilung	155
2.3.3. Die Faktorenanalyse	159
2.4. Lebensgewandtheit	162
2.4.1. Der Fragebogen	162
2.4.2. Die Antwortverteilung	163
2.4.3. Die Faktorenanalyse	165
2.5. Initiative	168
2.5.1. Der Fragebogen	168
2.5.2. Die Antwortverteilung	169
2.5.3. Die Faktorenanalyse	170
2.6. Freiheit	172
2.6.1. Der Fragebogen	172
2.6.2. Die Antwortverteilung	173
2.6.3. Die Faktorenanalyse	173

3. Gesundheitsprobleme	174
3.1. Die Medikamentenliste	174
3.1.1. Der Fragebogen	174
3.1.2. Die Antwortverteilung	175
3.1.3. Die Faktorenanalyse	176
3.2. Die Beschwerdenliste	177
3.2.1. Der Fragebogen	177
3.2.2. Die Antwortverteilung	178
3.2.3. Die Faktorenanalyse	179
4. Faktorenanalyse über alle Kriterien-Skalen	182
4.1. Allgemeines zu den Kriterien	182
4.2. Faktor 1: Positive Lebensqualität	184
4.3. Faktor 2: Negative Lebensqualität	185
4.4. Interkorrelationen der zwei Sekundär- faktoren der Kriterien	186
 II - <u>DIE PRÄDIKTOREN</u>	 187
1. Dimensionen des Streßverhaltens	188
1.1. Die Streß-Skalen	188
1.2. Die Antwortverteilung	190
1.3. Aufteilung Streß und Coping	195
1.4. Interkorrelationen der Streßreaktionen	196
1.5. Interkorrelationen des Copings	198
1.6. Interkorrelationen der Streßreaktionen- und Coping-Skalen	200
1.7. Die Faktorenanalyse der STR-Skalen	202
2. Dimensionen der Sozialen Kompetenz	204
2.1. Die Antwortverteilung	206
2.2. Die Soziale Kompetenz-Skalen	204
2.3. Aufteilung soz. Inkompetenz und soz. Kompetenz	211
2.4. Interkorrelationen der sozialen Inkompetenz	212
2.5. Interkorrelationen der sozialen Kompetenz	214
2.6. Interkorrelationen der Inkompetenz und Kompetenz-Skalen	216
2.7. Die Faktorenanalyse der SOK-Skalen	218

3. Der Zusammenhang zwischen STRESS und soziale Kompetenz-Skalen	220
3.1. Interkorrelationen zwischen STR-Reaktionen und Sozialer Inkompetenz	220
3.2. Interkorrelationen zwischen STR-Reaktionen und Sozialer Kompetenz	223
3.3. Interkorrelationen zwischen Coping und Sozialer Inkompetenz	226
3.4. Interkorrelationen zwischen Coping und Sozialer Kompetenz	229
4. Sekundäranalyse der Streß- und sozialer Kompetenz-Faktoren	232
4.1. Allgemeines zur Sekundäranalyse	232
4.2. Sekundärfaktoren und ihre Primärfaktoren	233
4.3. Interkorrelationen der sekundären STR-SOK-Skalen	236
III - <u>DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KRITERIEN UND PRÄDIKTOREN</u>	238
1. Der Zusammenhang zwischen STR- und SOK-Skalen und persönlichen Angaben	239
1.1. Der Zusammenhang zwischen STR-Skalen und persönlichen Angaben	239
1.2. Der Zusammenhang zwischen SOK-Skalen und persönlichen Angaben	241
2. Der Zusammenhang zwischen STR- und SOK-Skalen und Lebensdaten	243
2.1. Die STRESS-Reaktionen und die Lebensdaten	243
2.2. Das Coping und die Lebensdaten	247
2.3. Soziale Inkompetenz und die Lebensdaten	251
2.4. Soziale Kompetenz und die Lebensdaten	255
3. Der Zusammenhang zwischen STR- und SOK-Skalen und Gesundheitsproblemen	258
3.1. Die Streßreaktion und Beschwerden	253
3.2. Coping und Beschwerden	258
3.3. Die soziale Inkompetenz und Beschwerden	260
3.4. Soziale Kompetenz und Beschwerden	260

3.5. Streßreaktionen und Tablettenkonsum	260
3.6. Coping und Tablettenkonsum	260
3.7. Soziale Inkompetenz und Tablettenkonsum	260
3.8. Soziale Kompetenz und Tablettenkonsum	260
4. Die Sekundärfaktoren und die Kriterien	263
4.1. SEK 1-6 und das Alter	264
4.2. SEK 1-6 und das Geschlecht	265
4.3. SEK 1-6 und der Beruf	266
5. Die SEK-Faktoren der STR-SOK - Skalen und KRIFAK 1 und 2	267
5.1. Interkorrelationen zwischen SEK 1-6 und die 2 Kriterienfaktoren	268
IV - <u>DIE GRUPPEN</u>	269
Überblick	
1. Die Gruppen in den Kriterien	270
1.1. Verteilungen in den persönlichen Angaben	270
1.2. Die Gruppen in den Lebensdaten	274
1.2.1. Die Typ-A-Ausprägungen	274
1.2.2. Lebensqualität	276
1.2.3. Lebensgewandtheit	277
1.3. Die Gruppen in den Gesundheitsproblemen	279
1.3.1. Die Beschwerden	279
1.3.2. Tablettenkonsum	281
2. Die Gruppen in den Prädiktoren	282
2.1. Die Gruppen in den Streß-Reaktions-Faktoren	282
2.2. Die Gruppen in den Coping-Faktoren	286
2.3. Die Gruppen in den Faktoren sozialer Inkompetenz	290
2.4. Die Gruppen in den Faktoren sozialer Kompetenz	294
3. Die Gruppen in den Sekundärfaktoren	298
4. Zusammenfassung der Gruppencharakteristika	301
4.1. Die Unterschiede zwischen "organischen" und "funktionellen" Kranken	301

4.2. Die Unterschiede zwischen "organisch" Kranken und "Gesunden"	302
4.3. Die Unterschiede zwischen "funktionellen" Kranken und "Gesunden"	304
<u>D. FOLGERUNGEN</u>	306
1. Diskussion	306
1.1. "Streß" in der brasilianischen Stichproben- population	307
1.2. "Streß" bei kardiovaskulären Erkrankungen	311
1.3. Streßdimensionalisierung im STRESA-Projekt	315
2. Therapeutische Implikationen	318
2.1. Lernziel Coping	318
2.2. Lernziel Soziale Kompetenz	319
2.3. Multidisziplinäre Diagnose und Therapie	320
<u>LITERATUR</u>	321
Erklärung	339
Lebenslauf	340
Anhang	342

V O R W O R T

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit "Streß, Coping und Soziale Kompetenz bei kardiovaskulären Erkrankungen".

Sie ist im Rahmen eines langjährigen Forschungsprojekts im Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abteilung, München (STRESA-Projekt) entstanden.

Die empirischen Untersuchungen wurden im Institut für Herz- und Kreislaufkrankheiten der Medizinischen Universität von Sao Paulo in Brasilien durchgeführt.

Die Rolle von Streß bei der Genese der Erkrankungen gilt immer noch als sehr umstritten.

In der Diskussion darüber widerspiegelt sich dennoch immer wieder das Menschenbild, von dem der jeweilige Forscher in seiner Arbeit direkt oder indirekt, bewußt oder unbewußt, geleitet wird. Es ist die alte Auseinandersetzung um die "Leib-Seele-Problematik".

Es war das Anliegen dieser Untersuchung, mit Hilfe von zuverlässigen und "validen" Instrumenten (Fragebögen) die Dimensionen des Streß und sein Erleben in einer Herzkranken-Population zu erfahren, sie in Bezug zu realen Lebensbedingungen der teilnehmenden Personen zu stellen, um zu überprüfen, welchen Zusammenhang sie hier erweisen.

Dabei steht der hier verwendete Begriff STRESS stellvertretend für verschiedene andere Korrelate, wie Coping, soziale Inkompetenz bzw. Kompetenz. Denn neben den Streßreaktionen beschäftigt sich diese Arbeit ebenfalls mit den Bewältigungsstrategien der untersuchten Personen.

Aufgrund früherer Ergebnisse ging ich nicht von dem Pasteur-schen Standpunkt - für jede spezifische Krankheit gibt es eine spezifische Bakterie - sondern stütze mich hier auf die gemachten Erfahrungen verschiedener Kollegen, um mit einem multidimensionalen Modell der krankmachenden Einwirkungen von Streß auf den Organismus zu analysieren. Der Akzent dieser Studie - obwohl es mit organpathologischen und/oder funktionellen Kranken und einer kleinen Kontrollgruppe durchgeführt wurde - lag allerdings nicht auf einer reduzierten Auffassung von Streß, sondern verstand ihn als lebensnotwendiges und alltägliches Phänomen. Von daher die bewußte Erforschung von aktiven Copingstrategien, die eine aktive Auseinandersetzung mit sich selbst oder mit der Umwelt erfordern.

Darüberhinaus war mein Anliegen, eine multidisziplinäre Untersuchung durchzuführen zu lernen, in welcher die Medizin und die Psychologie gleichwertig und kooperativ zueinander stehen.

Den Kollegen des Herzzentrums von Sao Paulo bin ich für diese Erfahrung sehr dankbar.

Dort wurden standardisierte deutsche Fragebögen angewendet. Jedoch die Tatsache, daß jedes Gesundheitssystem ein Produkt der Geschichte seiner Kultur, in welcher dieses System wirkt, ist, und von den kulturellen und Umwelt-Bedingungen dieser Kultur bestimmt wird (CAPRA, 1983), erlaubte meiner Hypothesenbildung einen noch flexibleren Rahmen als den sonst üblichen bei Streß-experimenten.

Die Ergebnisse erbrachten dennoch erstaunliche Parallelitäten zu den deutschen Streß- und Copingfaktoren. Dies verleiht dem Stressbegriff einen überkulturellen Charakter, der das Austauschen wissenschaftlicher Erkenntnisse auf internationale Ebene im wesentlichen erleichtert.

Nicht zuletzt erwies dieser Begriff - trotz statistischer Standardisierung - einen hohen Grad an Flexibilität, welcher wissenschaftlich genutzt werden kann.

Angesichts dieser Dehnbarkeit bzw. Auslegungsmöglichkeit des Streß-Begriffs, macht sich eine systematisierte Erforschung des Phänomens an sich noch dringender, damit die Diagnostiker und Therapeuten ein gemeinsames Verständnis dessen haben, was einen Menschen gerade schädigt oder erheitert, auch wenn sonst weiterhin behauptet werden muß, daß "one person's stressor is another's challenge!" (SELYE, 1977).

Ein großer Teil dieser Arbeit wurde durch ein Stipendium des CONSELHO NACIONAL DE PESQUISA - CNPQ - BRASILIEN finanziert.

DANKSAGUNG UND WIDMUNG

Diese Dissertation ist vorläufig der Abschluß meines Studiums in der Bundesrepublik Deutschland.

Zu diesem Zeitpunkt kehre ich wieder meinen Blick zu dem abgelegten Weg zurück, um mich noch einmal an diejenigen Menschen zu erinnern, denen ich hier begegnet bin und deren Dasein und wertvolle Unterstützung mich stets ein Stück weiter gebracht hat.

Viele sind die Lichter, denen ich hier begegnete, sehr viele!

Mein besonderer Dank gilt zuerst Herrn Professor Dr. Dr. Johannes Clemens Brengelmann, Direktor am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, ohne dessen wertvolle und großzügige Hilfe diese Arbeit nicht verwirklicht werden konnte.

Herrn Professor Dr. Wolfgang Tunner vom Klinisch Psychologischen Institut der Universität München habe ich viele Motivationen und richtungsgebende Beratungen während aller Etappen meines Psychologie-Studiums zu verdanken.

Die empirischen Untersuchungen mit Herz- und Kreislaufkranken in Sao Paulo, Brasilien, wäre nicht möglich gewesen ohne die wissenschaftliche Orientierung des verehrten Professors Dr. Radi Macruz, Direktor der Klinischen Abteilung des Herzzinstituts der Medizinischen Fakultät der Universität von Sao Paulo (INCOR).

Ein ganz besonderer und herzlicher Dank gilt hier im speziellen meiner Frau Ana Maria und unseren beiden Kindern Bärbel Lia und Christian, die mit viel Geduld, Verständnis und Liebe mir

immer wieder die Zeit ließen, um diese Arbeit zu schreiben. Sie gaben mir immer sehr viel Kraft und Zuversicht, und für dieses Vorhaben haben sie mich sehr, sehr lange entbehren müssen. Ihnen widme ich diese Dissertation!

In Deutschland erhielt ich viel unvergessliche, menschliche, moralische und konkrete Unterstützungen.

So gilt mein herzlicher Dank hier dem "Vater" Leonid und der "Mutter" Ruth Kubick, die mit viel menschlicher Wärme uns, von Anfang an, voll in ihre Familie integrierten. Dadurch bekamen wir bald das Gefühl, in der neuen Heimat auch zu Hause zu sein. Vom "Vater" lernte ich außerdem viel Wertvolles fürs Leben! Den "Geschwistern" Horst, Uschi, Nina und Ralph unseren Dank!

Frau Gertrud Brunner vom Studienkolleg der Universität München lehrte mich die schöne deutsche Sprache und unterstützte mich auch sehr viel bei der Suche nach einem Stipendium. Vielen Dank Frau Brunner.

Herr Pfarrer Christoph Putz und Herr Pfarrer Wolfgang Döbrich der Evangelischen Studiengemeinde "kämpften" ebenfalls darum. Ihnen meinen schönen Dank. Frau Uta Seldler-Schlosser sei hier für ihre wohlthuende Freundlichkeit gedankt.

Dem Ökonomischen Studienwerk in Bochum, u.a. seinem Leiter Herrn Pfarrer Heinz Dressel, verdanke ich einen Teil der Finanzierung dieser Arbeit. Ich machte bei ihm eine für mein Leben einmalige Erfahrung: anstatt, daß ich ihn aufsuchte, suchte er mich, um mir zu helfen! Darüberhinaus hat mir sein "Mut zum Menschen" sehr gut getan. Auch Herrn Ivo Reimer ein herzliches Dankeschön.

Für meine therapeutischen Erfahrungen bin ich den - für meine Person - engagierten Einsetzungen von Dr. Antoon Houben, Leiter des Evangelischen Beratungszentrums in München, und Frau Dipl.-

Sozialarbeiterin und Eheberaterin Hannelore Hedler, Leiterin der Beratungsstelle für Sexual- und Schwangerschaftsfragen im Evangelischen Beratungszentrum, ganz tief dankbar. Sie gaben mir Raum, Möglichkeit und Beistand und so die notwendigen Bedingungen zur persönlichen und beruflichen Entfaltung. Von Frau Hedler bekam ich auch sehr viel Unterstützung für diese Arbeit. Herzlichen Dank Frau Hedler.

Meiner langjährigen Kollegin Frau Dipl.-Psychologin Rita Eck bin ich für die treue und tiefe Freundschaft, sowie auch für das Korrigieren einiger Teile der Manuskripte zu großem Dank verpflichtet.

Frau Greta Faltermeier habe ich den warmen, stillen Keller und viel Freundlichkeit im kalten Winter 83/84 zu verdanken. Dort begann diese Arbeit.

Herrn Professor Dr. med. Martin Nagel für manche motivierenden Gespräche, gute Literaturhinweise und außerordentlich wichtige Hilfen für meine Weiterbildung im klinischen Bereich einen ganz herzlichen Dank!

Eines Tages wurde es sehr kritisch mit meinem Studium und es hatte so ausgesehen, als ob ich es aufgeben müßte. Kein Stipendium, Nachtarbeit, Familie zu unterhalten und ein paar unbestandene Prüfungen. Da übten Professor Müller, Butollo, von Rosenstiel, Lukaszczek und Dr. Mühlen Nachsicht, legten mir ein "Vertrauensvotum" ein und setzten damit eine entscheidende Wende in mein Leben. Was wäre aus mir geworden ohne sie? Sicher ein gebrochener Mensch. Ihnen gilt hier mein tiefster Dank.

In Brasilien bin ich einem großen Freund, dem Dr. Ing. Roberto Diniz und seinem unermüdlichen Vater, Dr. jur. Alberto Diniz für viel Engagement für meine Person zu großem Dank verpflichtet. Ganz großem Dank sogar! Ihnen verdanke ich das CNPQ-Stipendium aus Brasilien, mit welchem ein Teil dieser Dissertation fianziert wurde.

Meinem Freund, Dr. Ing. Gilberto Dias de Andrade habe ich ebenfalls vieles zu verdanken. Er setzte die Weichen für die empirische Untersuchung und orientierte mich bei der Reintegration in der Heimat.

Den Geschwistern Dr. Goki Suzuki und Dr. Seigo Suzuki für die Kontakte mit dem INCOR meinen herzlichsten Dank.

Ganz großen Dank auch der Tante Olga und dem Onkel Sigwald möchte ich hier aussprechen.

Bei der Erhebung der Daten wurde ich sehr freundlich von dem Psychologischen Dienst des INCORs und u.a. von der Direktorin Bellkiss Lamosa W. Romano, sowie von den Psychologinnen Margreth Yoshikawa, Sandra Birger, Lilia Prado, Eva Migliavacca und Tereza Morgado beraten. Ihnen, und in München dem Dipl.-Mathematiker Gerhard Müller für die Beratungen bei den statistischen Auswertungen meinen herzlichen Dank!

Maria Rudolph habe ich vieles zu danken. Sie korrigierte und tippte die Manuskripte, gab mir wertvolle Ratschläge und rang mit mir um die Zeit und Termine zur Abgabe. Maria, habe vielen Dank!

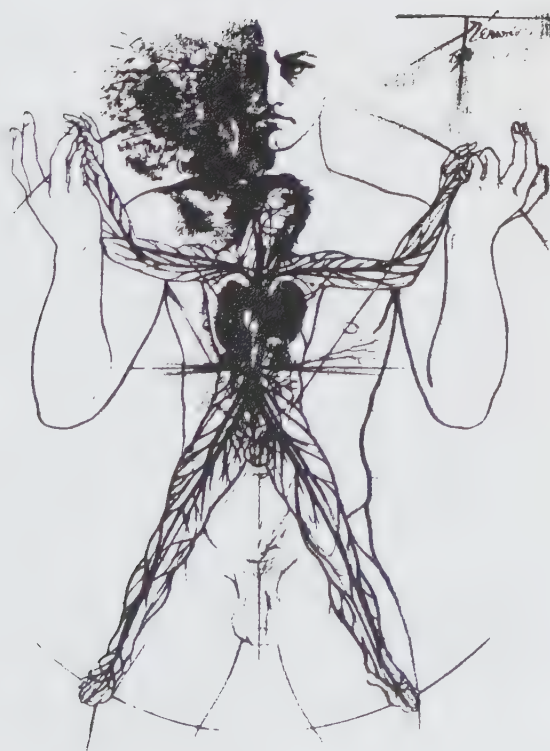
Am Schluß richte ich meinen Dank diesem Land, in dem ich viele glückliche Jahre gelebt habe. Es hat mir ermöglicht, hier Psychologie zu studieren und dadurch eines meiner wichtigsten Lebensziele zu erreichen. Hier konnte ich gewisse Ideale verwirklichen und dadurch meiner Existenz ein Stück weiter gerecht werden.

Möge Deutschland mein Tun im Dienste der Menschen hier und in Brasilien die wahre Danksagung sein.

VIELE WAREN DIE LICHTER, DIE ICH BEGEGNETE,

SEHR VIELE!!!

München, im Oktober 1984



I. E I N L E I T U N G

"STRESS UND STRESSOREN"

1. Definitionsansätze

Der Begriff "STRESS" wurde in England schon seit ca. 1303 mit der gleichen Bedeutung, wie wir ihn heute überall kennen, verwendet (MARGETTS, E.L., 1975). Im 17. Jahrhundert soll er dort "Mühsal, Zwangslage, Not, Kummer" bedeutet haben (HINKLE, 1974a) und im 18. und 19. Jahrhundert "Gewicht, Druck oder eine Kraft, die auf einen Gegenstand oder eine Person einwirkt" bezeichnet haben (NITSCH, 1981).

Zu dieser Zeit wurde schon mit dem Begriff "STRESS" die äußere Belastung und mit "DISTRESS" die innere Belastung unterschieden (NITSCH, 1981).

Stärkere Akzentuierung bekamen damals diese Ausdrücke vor allem in der 2. Hälfte des 17. Jahrhunderts, als sie zur Erklärung der Elektrizitätstheorie von HOOKE und seinem Dehungsgesetz - aufgrund seiner Untersuchungen mit Federn - verwendet wurden (NITSCH 1981). Noch vor 1930 war er aber schon sehr gebräuchlich in der Psychiatrie und bezeichnete hier gewisse psychische Spannungen und Erregungen, die viele Patienten zeigten (NITSCH, 1981).

Allgemein bekannt wurde der Begriff "STRESS", seitdem der kanadische Wissenschaftler Hans SELYE ihn in Verbindung mit seinen physiologisch-endokrinologischen Entdeckungen brachte.

1935 verwendeten ihn SELYE und sein Kollege T. MEKEOWN zum ersten Mal (SELYE, H. und MEKEOWN, T., 1935). Jedoch angesichts der starken Ablehnung und Kritik, die die Verwendung dieses

physikalischen Ausdrucks hervorbrachte,

- "STRESS ist die Summe aller Kräfte (ganz gleich um welche Kräfte es sich dabei handelt), die gegen einen Widerstand wirken" - ,

verzichtete SELYE auf ihn, als er 1936 über "A syndrome produced by diverse nocuous agents" schrieb (SELYE, H., 1936, 1945). Ebenfalls als er 1940 "The Alarm Reaction" veröffentlichte (SELYE, H., 1940, 1953). Er begründete seinen Verzicht folgendermaßen:

"Ich wollte die wirklichen Ergebnisse durch sprachliche Streitigkeiten nicht verdunkeln, und ich hoffte, daß ein Wort wie "nocuous" oder "noxious" weniger anstößig als das Wort "Stress" betrachtet würde, bis der Begriff besser verstanden werden könnte" (SELYE, H., 1953).

Erst 1946, als er seine Theorie vom "The General Adaptation Syndrome and the Diseases of Adaptation" vorstellte, verwendete er dann für seine Entdeckungen neuroendokrinologischer Widerstandsreaktionen im Organismus, die Bezeichnung "Stress" und führte ihn somit offiziell ein (SELYE, H., 1974).

Von da an diffundierte dieser Begriff - zwar relativ schnell -, allerdings eher einseitig als Bezeichnung eines Syndromes, das aus pathologischen Symptomen besteht, welche meistens allgemeiner und unspezifischer Natur sind.

SELYE erklärte damals das Streßgeschehen auf folgende Weise:

"Jeder Reiz (z.B. ein potentiell Pathogen, eine Droge) wirkt auf den Körper sowohl auf dem Wege spezifischer Aktionen, als auch unspezifischer Streßreaktionen. ... Die spezifischen Aktionen rufen spezifische Abwehrmaßnahmen hervor (beispielsweise Antikörperbildung durch Antigene). Die Streßreaktionen rufen unspezifische Abwehrmaßnahmen hervor (z.B. Sekretion adaptiver Hormone), d.h. Reaktionen, deren Schutzwirkung sich nicht allein auf den Stimulus, der sie her-

vorgerufen hat, beschränkt. Diese unspezifischen Reaktionen können sowohl rein lokale (z.B. Entzündungen) oder Allgemeinreaktionen sein (das A.A.S.)" (SELYE, H., 1953).

Die Definition von Streß stand also zuerst ganz im Sinne der Abwehrfunktion des Organismus gegen "nocuous agents". Erst später erkannte SELYE, daß nicht nur in der Abwehrreaktion gegen pathogene Reize dieses körperliche Phänomen beobachtbar ist, sondern auch bei allen Anforderungen der Außen- und Innenwelt und ihren Stimuli an den Organismus.

"STRESS ist in jeder Gemütsbewegung und jedes Tätigsein verursacht Stress. Das Überschreiten einer Kreuzung, das Lösen einer künstlerischen Aufgabe oder unverhoffte Freude reichen aus, um den Streß-Mechanismus des Körpers in einem gewissen Ausmaß zu aktivieren" (SELYE, H., 1974).

Ähnliches betonte BRENGELMANN (1980), als er sein langjähriges Projekt über Streß und Angst (STRESA) in der 4. Verhaltens-therapiewoche vorstellte:

"Belastung und Belastungsreaktionen (Streß und Stressoren) sind ein natürlicher und nie ganz vermeidbarer Bestandteil unseres täglichen Lebens."

und fügte einen wesentlichen Teil des Streßgeschehens der menschlichen Interaktion mit der Umwelt hinzu, wenn er sagte:

"Sie entstehen innerhalb von Personengruppen oder zwischen einzelnen Personen. Es gibt viele äußere, in der Gesellschaft vorhandene Streßursachen. ... Man mag sie zum Teil beseitigen können, aber die Entwicklung der modernen Industrieländer hat gezeigt, daß Verbesserung der Lebensbedingungen nicht notwendigerweise zur Reduktion der Streßproblematik führt, sicher aber zu einer Verlagerung. Wir befassen uns stattdessen vorzüglich mit den internen oder persönlichen Aspekten der Belastung" (BRENGELMANN, 1980).

Obwohl der Begriff "Streß" heute in "aller Munde" ist und von allen verstanden wird, auf das, was er hinweisen will, wenn einer ihn verwendet, ist er immer noch sehr mit Fehlinterpretationen behaftet. Einerseits bezeichnet er die schädliche Belastung, die ein bestimmter Faktor verursacht - z.B. Streß als Krankheit, Schädigung usw. - welcher ein bestimmtes Leiden hervorbringt, andererseits ist er der Faktor selbst, der die Person oder ihren Organismus zur Erschöpfung führt. Bedauerlicher- und irrtümlicherweise wird Streß bis heute noch als Leiden und gleichzeitig als Agens dieses Leidens verstanden. Er wird daher meistens im Zusammenhang mit negativen, krankmachenden Lebenssituationen gebracht und erhält dadurch zerstörende Dimensionen. Streß ist aber "die Würze des Lebens" (SELYE, H., 1977).

In seinem Buch "Streß - Bewältigung und Lebensgewinn" (SELYE, 1974) schreibt Hans SELYE in seinen "Betrachtungen des Autors zur deutschen Ausgabe":

"Ich möchte hier gleich einleitend eines der häufigsten und gefährlichsten Mißverständnisse über Streß aufklären. In der Medizin entspricht der Ausdruck "Streß" etwa dem deutschen Wort "Belastung" und biologische Belastungen können sowohl Lust- als auch Unlustgefühle erzeugen, sowohl krank machen als auch heilen".

Zwar erwähnt SELYE hier lediglich die biologische Belastung, verknüpfte den Streßbegriff aber mit einer emotionellen Komponente, nämlich dem Lust- bzw. Unlustgefühl.

Aber bevor ich hier zu den psychologischen Komponenten des Streßgeschehens bzw. Streßerlebens übergehe, die wie BRENGELMANN betont "die internen oder persönlichen" (angenehmen oder unangenehmen) "Aspekte der Belastung" ausmachen, scheint mir noch wichtig (BRENGEL-
Unterstreichungen vom Ref.

MANN, 1980), zwei Aspekte der ursprünglichen Streßtheorie von SELYE hier kurz zu erwähnen:

1. Seine Vorstellung der Unspezifität des organischen Streßvorganges - "STRESS is the nonspecific response of the body to any demands" (SELYE, 1976) - welche er an einer anderen Stelle des gleichen Textes durch den Anspruch einer grundsätzlichen Differenzierung zwischen der spezifischen und der unspezifischen biologischen Streßreaktion zu einer wesentlichen Aufgabe seiner wissenschaftlichen Analyse machte. "He concepted distinction between the specific and the non-specific consequence of any demand made on the body was the most important step in the scientific analysis of stress phenomena" (SELYE, H., 1976). Die Richtigkeit dieses Konzepts wird in den Wissenschaften, die sich mit Streß beschäftigen, unterschiedlich eingeschätzt.
2. Seine Vorstellung der neutralen aber flexiblen Natur des Streßphänomens, welcher per se weder negativ noch positiv ist, aber durch zusätzliche physische (Intensität, Dauer) oder psychische (Empfindung, Beurteilung) Faktoren ein bestimmtes Gewicht erhält. Diese Neutralität des Streßgeschehens ist zuerst seiner Unspezifität sehr ähnlich:
"Jedes Agens, das auf uns einwirkt, erzeugt zu seinem spezifischen Effekt auch eine unspezifische Steigerung des Bedarfs, anpassende Funktionen zu erfüllen und dadurch wieder normale Zustände herzustellen, was immer auch der spezifische Vorgang sein mag, der zu den erhöhten Anforderungen geführt hat. Die unspezifische Forderung, daß etwas zu geschehen hat, ist im ureigensten Sinne Stress"(SELYE, H., 1977). Lediglich die Psyche macht aus diesem natürlich-biologischen Geschehen - das sowohl positive wie negative Dimensionen in sich trägt - "Erfolg" oder "Mißerfolg", "Freude" oder Traurigkeit", "Mut" oder "Angst", usw.

Somit wird jedem Organismus und seiner Psyche überlassen, diese Stressoren und ihre Verarbeitung (Streßgeschehen) als angenehm, "gesundheitsfördernd" ("EUSTRESS") oder als unangenehm "krankmachend" ("DISTRESS") zu erleben. Es ist uns sogar möglich "durch die richtige Einstellung einen negativen Streß in einen positiven zu verwandeln (SELYE, H., 1974).

STRESSOREN sind seiner Meinung nach zuerst Stimuli, die nicht prädikatisiert werden dürfen. Erst die zusätzlichen Komponenten verleihen ihm eine gewisse Qualität, und im negativen Fall werden aus ihnen "nocuous agents". Diese Stressoren können aus der physikalischen (exogene Stressoren) oder aus der psychischen Umwelt (endogene Stressoren) stammen.

Da unser Leben aus diesem konstanten Reagieren und Anpassen des Organismus auf und an seine konstante Reizung besteht, - und erst recht daraus entsteht - so wird Streß zu einem ganz gewöhnlichen, ja lebenswichtigen Phänomen in uns.

Diese hier auf so allgemeine Weise zusammengefaßte Theorie von SELYE stellt allerdings nur die groben Züge seiner Entwicklung von einem anfänglich rein neurohumoralen Streßmodell ("A.A.S-" oder "G.A.S-Theorie", welche in Abschnitt 1.2 ausführlicher behandelt wird) bis zu seinen letzten Jahren, in denen er psychologischen Elementen die entscheidende Rolle am Streßgeschehen zuschrieb. An dieser Stelle möchte ich besonders betonen, daß ich der Auffassung bin, bzw. daß ich SELYE so interpretiere, daß die psychischen Elemente die entscheidende Rolle im Streßgeschehen spielen. Da wir Streß bewußt erleben und beurteilen und sogar verändern können, und es sich beim Phänomen Streß keineswegs um einen rein physiologischen, un wahrnehmbaren, intraorgasmischen Prozeß handelt, ist das große Interesse, das dem Phänomen "Streß" in allen Wissenschaften gewidmet wird, zu verstehen.

Aus der SELYE'schen Annahme ausgehend entwickelten sich in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Theorien zur Erklärung dieses Phänomens, u.a. aber in Hinsicht auf die Erkrankungen, die durch Streßeinflüsse entstehen.

Viele Autoren bevorzugten erst dann von Streß zu sprechen, wenn die Reizung des Organismus ein gewisses physisch bedrohliches Stadium erreicht hat. Sie stützten sich hier auf das 3-Phasen-Modell der G.A.S (s. Abschnitt 1.2), speziell aber auf die 3. oder "Erschöpfungsphase".

Im "Wörterbuch zur Psychologie" definieren DREVER und FRÜHLICH (1971) Streß als psychophysiologische

"Vorgänge und Zustände, die aus erlebten bzw. körperlich spürbaren extremen Schädigungen und Gefährdung des Wohlergehens und der Integrität des Organismus bzw. der betroffenen Persönlichkeit resultieren" ... "Der Eintritt in das Streß-Stadium, dem normalerweise Frustrations-erlebnisse vorangehen, ist durch das Einsetzen der sogenannten Notfallreaktion gekennzeichnet. ... Bleibt sie erfolglos, so folgt ein totaler Zusammenbruch bzw. der Tod. Die Bezeichnung Streß für jede Art von belastender Situation hat sich zwar weitgehend eingebürgert, sollte jedoch wegen der umschriebenen Bedeutung der Begriffe vermieden werden".

Von dieser Definition ausgehend müßten wir schließen, daß nicht nur unsere Psyche allein verantwortlich ist für das, was wir aus der Streßempfindung machen, sondern daß es eine unweigerliche Tatsache ist, daß übermäßige physikalische Reizung des Organismus - die entscheidende Schwelle mag zwar wohl sehr individuell liegen - zur Veränderung des Wohlbefindens führt. Wir wissen, daß unabhängig von unserem Beurteilungswillen bzw. unserer Beurteilungsabsicht jede engotrope oder trophotrope Ablenkung unangenehme und u.U. gefährliche Lebenslagen verursachen können. Das Problem liegt aber vor allem darin, daß

ein und derselbe Begriff für zwei verschiedene Situationen verwendet wird. Die soeben beschriebene Situation der Lebensgefahr sollte dennoch nur "DISTRESS" genannt werden, während jene, in der qualitative wie quantitative Veränderungen des Wohlbefindens keine ernsthaften Konsequenzen mit sich bringen, "EUSTRESS" bezeichnet werden sollte.

Diese Begriffe fanden bisher aber kaum Resonanz weder in der Bevölkerung noch in der Forschung. Die Operationalisierung des genannten Streßgeschehens, sowohl ihre Auslösung wie Verarbeitung, Reaktion und Folgen bereitet der Wissenschaft große Schwierigkeiten, zumal die Fülle der jährlichen Veröffentlichungen über dieses Thema über 8.000 Arbeiten, Berichte, Artikel, Dissertationen, usw. übertreffen, und größtenteils darin keine einheitliche Definition dafür gegeben wird. Aus diesem Grund schrieb MASON (1975):

"Wie wohlbegründet die verschiedenen Versuche, "Streß" zu definieren, im einzelnen sein mögen, insgesamt herrscht jedoch nach wie vor Verwirrung"
(zit. nach NITSCH, 1981).

Ein zentraler Aspekt dieser Definitionsschwierigkeit liegt darin, daß der Begriff "Streß" sich nicht nur in verschiedenen "Versionen" stark popularisiert hat, sondern auch, daß solche Auffassungen in der Wissenschaft übernommen werden.

In Anlehnung an die ausführliche Übersicht über die theoretischen Ansätze zur Streßforschung von NITSCH (1981), sollten hier nur kurz einige der vielen Operationalisierungen dieses Begriffs erwähnt werden:

1. Streß als Reizvariable, die "Funktionsstörungen" auslösen (= Streß als Stressor), z.B. Lärm (GLASS und SINGER, 1972); Isolation (ALTMANN, 1976); Krankheit (LIPOWSKI, 1970).
2. Streß als Reaktion, bzw. abhängige Variable, "wie in der Biologie und Medizin geläufig ist" (NITSCH, 1981; WOLFF, WOLF, HARE, 1950; SELYE, 1946; LEVI, 1967; WHO, 1971).

3. Streß als Zustand, bzw. intervenierende Variable (NITSCH, 1981); LAZARUS, DEESE, OSLER, 1952; KORCHIN, 1965; PEPITONE, 1967).
4. Streß als Beziehungskonzept (LAZARUS und LAUNIER, 1981; FRENCH, RODGERS und COBB, 1974; NITSCH und HACKFORT, 1981), um nur einige der vielen Arbeiten zu nennen.

Gemeinsam allen diesen Auffassungen bleibt dennoch, daß Streß "mit Situationen verbunden ist, in denen sich ein Anpassungsproblem stellt" (NITSCH, 1981).

Gelingt dem Individuum diese Anpassung nicht, so fühlt es sich bedroht, so wird es unter der "Bedrohlichkeit der Belastung" (MASON, 1971; LAZARUS, 1966) leiden. Streß ist eigentlich nur dann da, wenn keine Lösung für eine problematische Situation gefunden wird. Diese Situationen müssen nicht immer real und präsent sein, um Streßreaktionen auszulösen. BRENGELMANN betont, daß die Streßquellen und Streßauslöser eines Individuums in den "Bedingungen der unmittelbaren Lebensumstände" aber auch "in der Vorstellungswelt des Betroffenen" zu finden sind (BRENGELMANN, 1980). Eine ähnliche Vorstellung macht LAZARUS (1966), wenn er die Forderung stellt: "Wir müssen die äußeren und inneren Kräfte oder Reizbedingungen von Streßreaktionen sowie die intervenierenden Strukturen und Prozesse identifizieren, die bestimmen, wann und in welcher Form Streßreaktionen auftreten werden" (zit. nach NITSCH, 1981).

Wie bereits hier dargestellt, enthält die Auffassung von Streß unterschiedliche Akzente, die aber zusammenfassend in der Abbildung 1 illustriert werden können.

Ähnlich wie viele andere Autoren kam NITSCH zu der Auffassung, daß "Streß nicht definierbar ist" (NITSCH, 1981) und wenn dies geschehen soll, dann nur unter Einbezug mehrerer Ebenen, nämlich

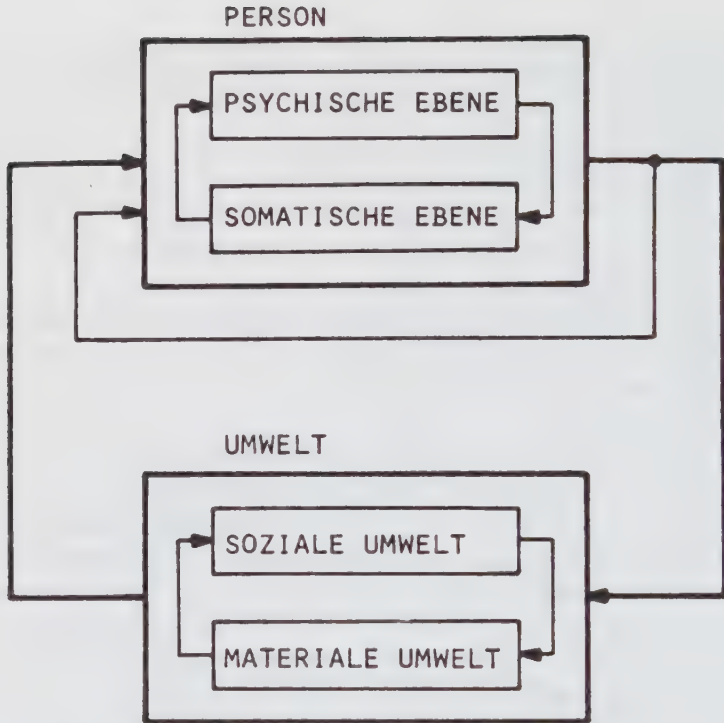


Abb. 1: Die Person-Umwelt-Beziehung als allgemeine Grundlage des Streßgeschehens (verschiedene Streßdefinitionen heben jeweils unterschiedliche Aspekte an dieser Beziehung hervor). Aus NITSCH, 1981.

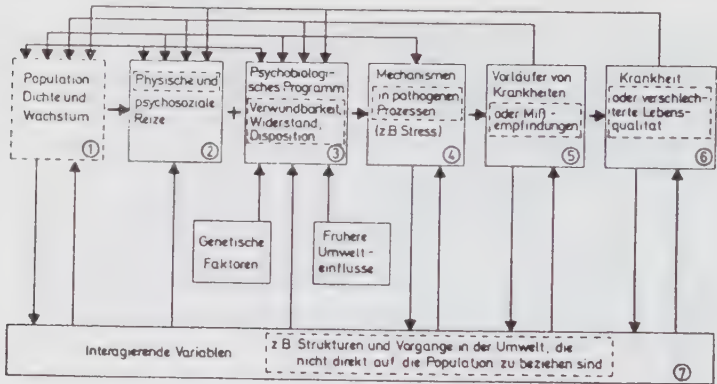
der biologischen, psychischen und sozialen. Reduktionistische Ansätze vom Streß haben bisher zu keinem befriedigenden Erfolg geführt, und die "Verwirrung" noch mehr verstärkt. BRENGELMANN, MÖLLER, MAASS, HOHENBERGER (1981) verdeutlichten die Folgen dieser Übereinkunft auf der wissenschaftlichen Ebene auf folgende Weise:

"Die Konsequenz ist, daß die bisher undifferenziert benutzten Begriffe wie "Streß", "Typ-A" und dergleichen relativiert werden" und erhoffen aus ihren umfangreichen wissenschaftlichen Untersuchungen "ein differenzierteres und ein operationalisierteres Begriffssystem" entwickeln zu können. Sie arbeiten dabei mit 3 Kriterienbereichen (die Person, ihre unmittelbare Umgebung und ihre Erkrankung), damit die "Diversifikation des Streßbegriffes freie Bahn" erhält (BRENGELMANN, MÜLLER, MAASS, HOHENBERGER, 1981) und in einem möglichst breiten Spektrum wissenschaftlich erfaßt wird.

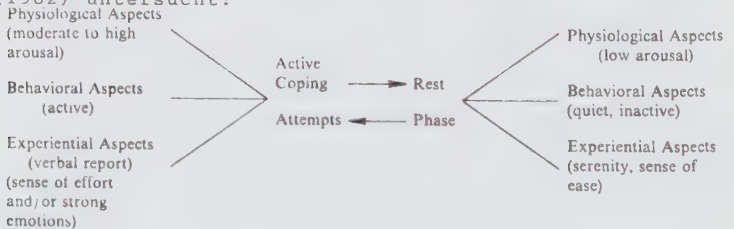
In den 70er Jahren führten LEVI (1972) und LEVI und ANDERSSON (1975) verschiedene Experimente im Labor und am realen Arbeitsplatz durch, um die negative Wirkung des Streß auf mehreren Ebenen zu erfassen. Anhand von WHO-, UN- und schwedischen Statistiken von schädigenden Wirkungen des Bevölkerungswachstums und der Populationsdichte entwickelten sie ein interaktionistisches Modell, in dem Variablen aus dem biologischen, psychischen und sozialen Bereich den Streßprozeß aufzeigen bzw. darstellen sollten, wodurch Krankheiten bzw. Verschlechterung der Lebensqualität entstehen. Sie fanden, daß Frauen, die unter Akkordbedingungen arbeiten, zwar mehr leisten, aber sowohl in ihrem subjektiven Erleben sich viel schlechter fühlen, wie auch ihre sympathoadrenomedullaren Reaktionen um 40% höher liegen, als die von der Kontrollgruppe. Sie schlossen daraus, daß "mit Sicherheit erhöhte Katecholamine und Lipide bei der Entstehung von verschiedenen Krankheiten, z.B. des kardiovaskulären Systems (Herzinfarkt!) oder des Krebses eine gravierende Rolle spielen". Sie betonten aber gleichzeitig die Notwendigkeit einer Kontrolle der anderen interagierenden Variablen, die auch Risikofaktoren (Tabak, Alkohol, Medikamnete, Kaffee usw.) sind.

LEVI und ANDERSSON berücksichtigten die subjektive Einschätzung des Wohlbefindens ihrer Versuchspersonen in ihrem Streßprozeß.

Abb. 2 Das Streß-Modell von Levi. (Spätere Erweiterungen sind durch gestrichelte Umrandung gekennzeichnet). Aus: Levi, 1972 und Levi und Andersson, 1975.



Die Interaktion dieser Faktoren wird auch von GOLDBERG (1982) untersucht:



Sie erfragten aber nicht, welche anderen Reaktionsmöglichkeiten sie sonst in der anstrengenden Arbeitssituation hatten, was für MCGRATH (1976) in seinem " Grundsche ma des Streßzyklus" von zentraler Bedeutung ist.

MCGRATH ging von der Auffassung aus, daß

- a) die Einschätzung einer vorgegebenen Aufgabe, Aufforderung (Situation),

- b) die Antizipation der daraus folgenden Konsequenzen bei Erfüllung bzw. Nichterfüllung der Aufforderung (Reaktion) und
- c) die Auswahlmöglichkeiten so oder anders zu reagieren,

entscheidende Elemente bei der Entstehung von Streß sind. Es geht hier nicht um die Richtigkeit oder Ungenauigkeit der Einschätzung, sondern lediglich um die subjektive Bedeutung dieser Einschätzung für das Individuum. Ähnlich wie bei LAZARUS, spielten hier die Bedrohung der Situation und die Folgen jeglicher Reaktion darauf eine tragende Rolle. Er kritisiert in diesem Zusammenhang die Vernachlässigung des Faktors "Reaktionsauswahl" der Betroffenen, die von anderen Wissenschaftlern kaum beachtet werden.

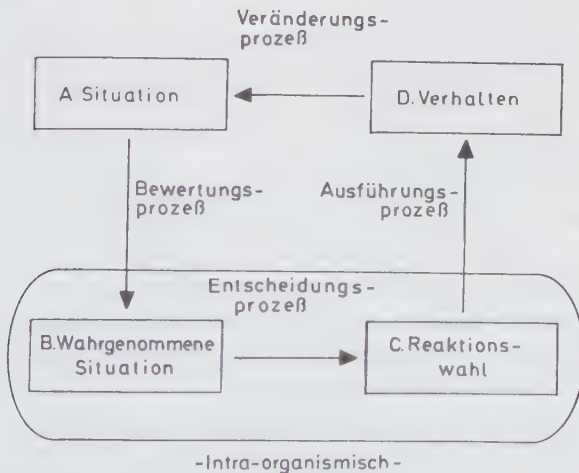


Abb. 3: Paradigma zur Analyse des Streßzyklus

Von Anfang an hat LAZARUS diesen Aspekt in seiner "transaktionistischen Streßtheorie" behandelt (LAZARUS, 1966).

Nach WOLFF (1950), der als einer der ersten den Begriff "Streß" auf eine sehr bedeutende Weise erweiterte, - indem er dem physio-

logischen Geschehen auch psychische, soziologische und wirtschaftliche Bedeutung (Anteile) zuordnete -, war LAZARUS einer der ersten, der Streß psychologisch theoretisch definierte. Außerdem schrieb er der kognitiven Bewertung und Einschätzung der Situation in der Interaktion "Individuum - Umwelt" eine determinierende Rolle zu.

LAZARUS teilt sein Konzept in zwei Hauptbereiche:

- a) cognitive appraisal
- und
- b) coping.

Im ersten Teil finden drei Bewertungen statt:

1. "primary appraisal":

Bewertung des Wohlbefindens, indem jede Person eine bestimmte Situation als irrelevant, günstig/positiv oder stressend (bedrohlich) betrachtet.

2. "secondary appraisal":

indem die Bewältigungsfähigkeit eingeschätzt bzw. bewertet werden.

Demzufolge findet eine neue Bewertung der gesamten Situation ("reappraisal") statt und die entsprechenden Coping-Maßnahmen werden getroffen. NITSCH faßte diese Bewertungsprozesse in einer einfachen Abbildung zusammen, in welcher die "Grundstruktur des psychologischen Streßkonzepts" dargestellt wird (NITSCH, 19

Angesichts der Vielschichtigkeit der Streßereignisse und der Unmöglichkeit einer lückenlosen Erfassung aller Streßvariablen eines Streßgeschehens wird jedem Forscher die Notwendigkeit einer Abgrenzung seines theoretischen Ansatzes naheliegen. Diese theoretische Abgrenzung spiegelt sich wiederum in der Operationalisierung seines Streßbegriffes wieder.

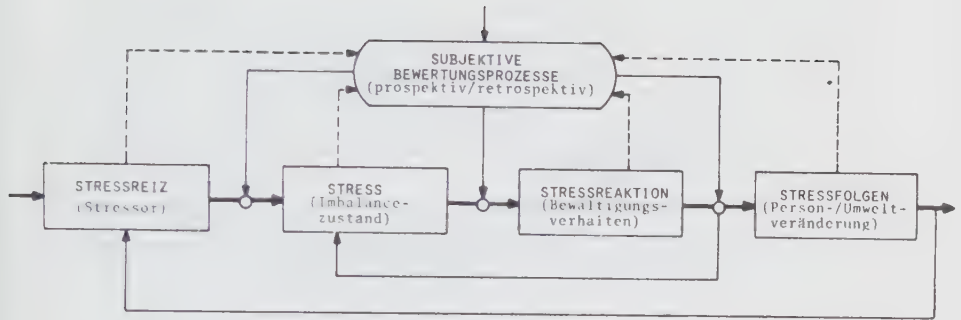


Abb.4 Grundstruktur des psychologischen Stresskonzepts: Stresssequenz mit »aufgeschalteten« subjektiven Bewertungsprozessen
Aus NITSCH, 1981

"Wenn das Definitionsproblem weniger darin liegt, "Stress" richtig als vielmehr theoretisch und praktisch zweckmäßig zu definieren, dann ergibt sich diese Zweckmäßigkeit nicht aus einer einzelnen Begriffsbestimmung, sondern aus der Einordnung des Stressbegriffs in ein Begriffssystem, das das in Frage stehende Gesamtgeschehen abbildet. Nur dann lassen sich vorliegende Definitionen einzelnen Aspekten dieses Geschehens (Bedingungen, Abläufe, Folgen) zuordnen, differenzierte Sprachregelungen entwickeln und die Brauchbarkeit der einzelnen Festlegungen für Beschreibung, Erklärung, Vorhersage und Kontrolle einschätzen. In diesem Sinne wären bisherige Stressdefinitionen auch nicht als alternativ zu betrachten, sondern ihr jeweils unterschiedlicher Ansatzpunkt deutlich zu machen" (NITSCH, 1981).

2. Physiologische Aspekte

Nach unzähligen physiologischen, biologischen, neuroendokrino-
logischen und psychophysiologischen Untersuchungen ist heutzutage unser Wissen über den Menschen und seinem Organismus - u.a. aber über seine Funktionen, zwar immer noch sehr lückenhaft, aber doch wohl sehr umfangreich. Eine Frage bleibt aber immer noch unbeantwortet, warum auf den gleichen Reiz der Organismus eines Individuums auf eine bestimmte Weise und der eines anderen Menschen ganz unterschiedlich reagiert. LACEY (1967) faßte diese Eigenschaft mit folgender Charakterisation zusammen:

- | | | |
|-----------------|---|-----------------|
| 1. generell | - | differentiell |
| 2. tonisch | - | phasisch |
| 3. synergetisch | - | antagonistisch |
| 4. zentral | - | peripher |
| 5. sympathisch | - | parasympathisch |

Zusammenfassend könnte man sagen, daß die Reizung des Organismus von drei Faktoren abhängig ist:

- a) von einem Stressor:
von außen oder innen auf den Körper einwirkender Reiz,
- b) von innerlich konditionierenden Faktoren:
wie die erbliche Anlage, gelernte physiologische Reaktionsmuster des Körpers,
- c) von der Spezifität eines jeden Reizes, die die fundamentalen Charakteristika einer Reaktion bildet.

Siehe dazu die Abbildungen 5,6 und 7.

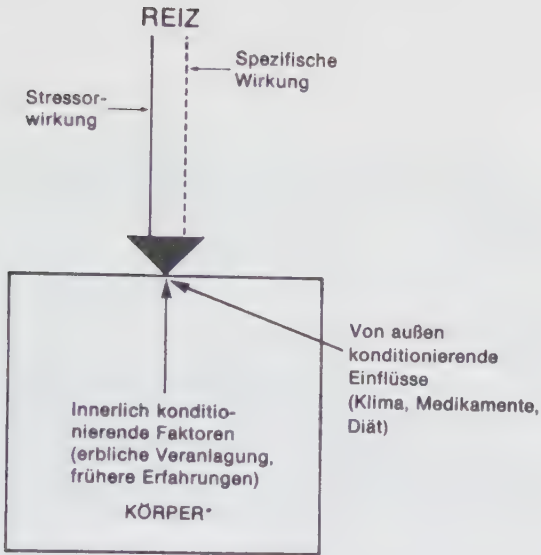


Abbildung 5
Faktoren, welche die Reaktion auf einen Stressor beeinflussen

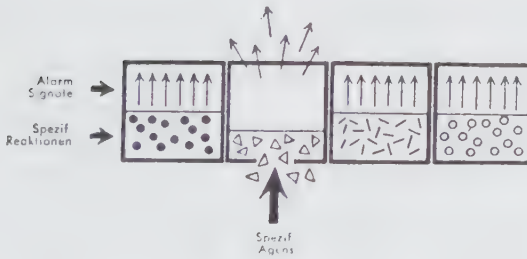


Abb.6: Unspezifische Alarmreaktion (nach SELYE, 1977)

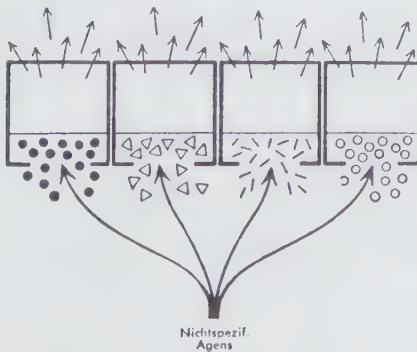
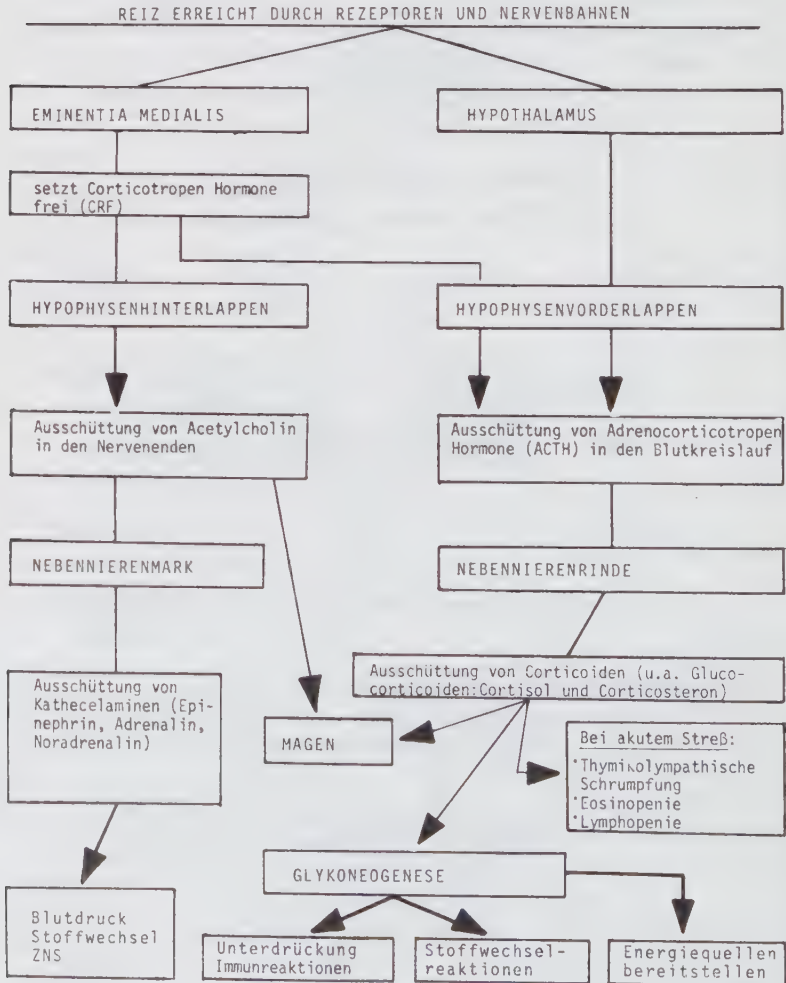


Abb.7: Spezifische Alarmreaktion
(nach SELYE, 1977)

Da der physiologische Verlauf des Reiz-Reaktionsvorgangs durchaus bekannt ist, erlaube ich mir hier, ihn nur skizzenhaft darzustellen:

Abbildung 8:



syntoxische Reaktionen

Es dürfte eine "Jedermann"-Erfahrung sein, wenn er sich in belastenden Situationen befindet: "zuerst spürt er die ganze Härte der Situation, dann gewöhnt er sich daran, aber schließlich kann er sie nicht länger ertragen" (SELYE, 1976). Daß sich aber in dieser beinahe alltäglichen Erfahrung der neuroendokrino-logische Zyklus des Streßgeschehens abläuft, wissen die wenigsten, aber noch weitgehend unbekannt ist, welche physiologischen Vorgänge sich dabei abspielen. SELYE (1937) bezeichnete diesen 3-phasigen Zyklus "General Adaptation Syndrome" (G.A.S.), das in der deutschen Sprache als "Allgemeines Adaptations Syndrom" (A.A.S) übersetzt worden ist.

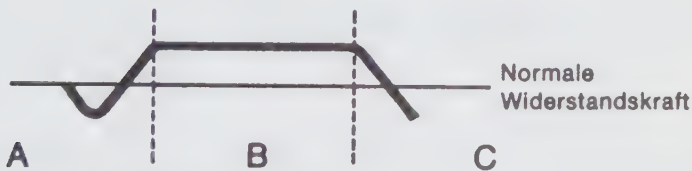


Abbildung 9:
Die drei Phasen des allgemeinen Anpassungssyndroms (engl.: General Adaptation Syndrome = G. A. S.) Aus SELYE, 1976.

In der ersten Phase, "ALARMREAKTION" (A) genannt, beantwortet der Organismus durch passiven Widerstand oder Anpassung den wahrgenommenen Reiz. Hier sind vor allem folgende physiologische Vorgänge von Bedeutung:

Eine stärkere Hämokonzentration, "Hypochlorämie, Tachykardie, Muskeltonus-Abnahme, Senkung der Körpertemperatur, Blutkonzentration im Magen, sowie ein allgemeiner Katabolismus. Die Widerstandsfähigkeit des Organismus sinkt.

In der zweiten Phase "WIDERSTANDSPHASE" (B) genannt, reagiert der Organismus auf die anhaltende Belastung mit einer Hämodilution, Hyperchlorämie, Tachykardie, Muskeltonus-Zunahme, Blutkonzentration im Magen, Amerie, Ödeme der Kopenie, der Kozytase, Azidose, Hyperglykämie, sowie mit Anabolismus. Die Widerstandsfähigkeit steigt weit über die normale Schwelle hinaus.

In der dritten Phase "ERSCHÖPFUNGSPHASE" (C) genannt, reagiert der Organismus auf die weiter anhaltende Belastung nicht mehr und versucht zur ersten Widerstandslage, wie bei der Phase A, zurückzukehren. Dies gelingt ihm aber nicht mehr ganz. Er ist nicht mehr fähig, die normale (homöostatische) Ruhelage wieder herzustellen. Die Folgen dieser ständigen "ALARM-LAGE" des Organismus - oder nach GRAY (1971) "neuer Streß" (s. Abbildung 10) können fatal sein. Es treten aber zuerst thymikolymphatische Schrumpfung, Eosinopenie und Lymphopenie auf, die unmittelbar zur Erscheinung von Krankheitsbildern führen.

Zum Problem der Psychosomatik

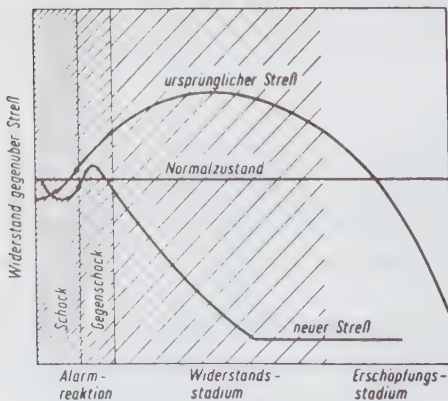


Abb. 10. Selyes Allgemeines Adaptationssyndrom. Auf die erste „Alarmreaktion“ folgt ein „Widerstandsstadium“: Der Widerstand gegenüber dem ursprünglichen, weiter fortwirkenden Streß wird erhöht, der Widerstand gegenüber anderen Streßformen dagegen herabgesetzt. Wenn der Streß lange genug andauert, wird das Widerstandsstadium von einem „Erschöpfungsstadium“ abgelöst: Der Widerstand gegenüber jeglichem Streß nimmt katastrophal ab. (Aus Gray, 1971. In: BIRBAUMER, 1975.)

In der Widerstandsphase (B) verbraucht der Körper ein enormes Potential an Energie, was ALEXANDER (1950) veranlaßte zu behaupten, daß "der Organismus sich selbst schädigt, durch ein Übermaß seiner eigenen Abwehrmaßnahmen".

Dieser Gedanke ist dem der Vorstellung von SIMEONS (1961), der die psychosomatischen Störungen aufgrund der Hirnentwicklung zu interpretieren versuchte, sehr ähnlich. Er ging davon aus, daß die übermäßige Reaktion des Organismus in der Phase B eine konditionierte Vorbereitung des Körpers auf die Flucht ist, wie die primitiven Menschen sie zum Überleben brauchten: "Das Dienzephalon weiß nichts von den kortikalen Errungenschaften, die eine physische Flucht überflüssig gemacht haben, und so versucht es weiterhin, den Körper zum Rennen zu bringen" (zit. nach DAVISON und NEALE, 1979).

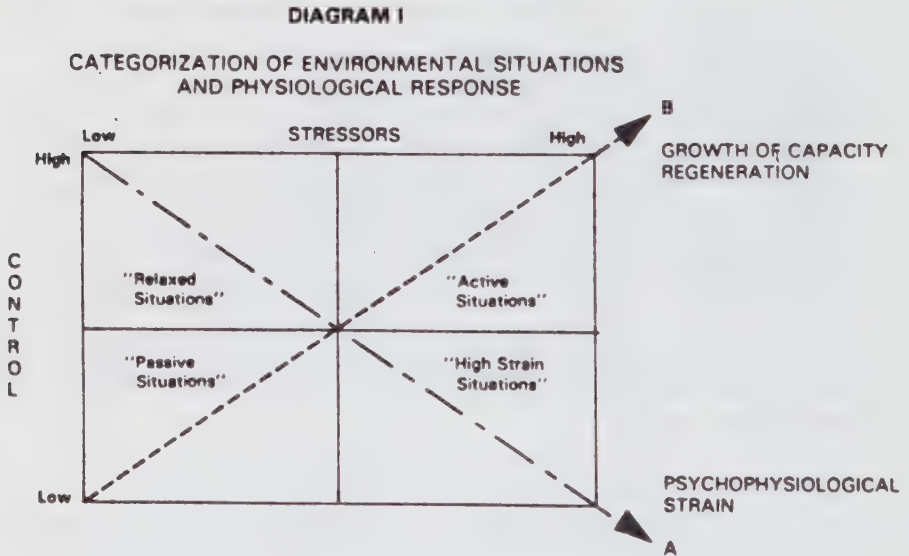
BURCHFELD (1979) sagt, daß "all organism are genetically predisposed to adapt to stress and that the physiological pattern of adaptation is similar across species".

Dennoch ist es der Wissenschaft bis heute nicht bekannt, was in dem Prozeß des Widerstandes verloren geht, so daß der Organismus dann "erschöpft" wird. Denn dieses Phänomen tritt auch dann auf, wenn das Individuum die verbrauchten kalorischen Energien durch Nahrungsaufnahmen kompensiert. Die Schwelle zwischen der 2. und 3. Phase ist zwar individuell verschieden, aber es steht fest, daß die Anpassungsfähigkeit jedes Organismus begrenzt ist.

Ein entscheidender Faktor in diesem Prozeß ist die Zeit bzw. die Dauer, die der Stressor auf den Organismus wirkt. Verschiedene Autoren bestätigen, daß je kürzer die Zeitspanne der Stressor-Stimulierung ist und gleichermaßen je schneller die Katecholaminausschüttung auf ihren normalen Level zurückkehrt, desto größer die Chancen einer Regeneration des Organismus in

der erschöpfenden Phase ist (FRANKENHÄUSER, 1980; KARASEK, RUSSEL und THEORELL, 1982).

Abb. 11: Regenerationsgrad in der 3. Erschöpfungsphase
nach KARASEK, RUSSELL, THEORELL, 1982



Über Angstpatienten mit hohem Grad an Angst-Erregung berichten LADER und WING (1964; 1966). Die psychogalvanischen Hautreaktionen jener, verglichen mit denen von Monophobikern habituierten bedeutend langsamer. Daraus schließt TUNNER (1975):

"Je stärker die Erregung, desto stärker die Sensibilisierung und desto langsamer die Habituation". Je länger die Störung andauert, um so komplizierter wird die Lage des Organismus und dadurch um so kleiner die Chancen seiner Rehabilitation, weil bei chronischem Streß die neurogenen Mechanismen immer mehr an Wirkung verlie-

rén und das ganze Geschehen von den hormonalen Regulationsmechanismen gesteuert wird.

Auch UEXKOLL (1979) spricht hier von einem "sehr komplexen Geschehen" und interpretiert die Behauptung SELEY's

- daß das Eintreten der 3. oder "Erschöpfungsphase" mit der Erscheinung von "Anpassungskrankheiten" (Hypertonie, Magengeschwüre, Rheumatismus, Asthma, allergische Reaktionen, Herz- und Nierenleiden) verbunden ist -,

als einen Hinweis darauf, daß diese Krankheiten "vom Körper selbst durch inadäquate Adaptationsversuche auf an sich nur potentiell schädliche Einwirkungen" verursacht werden. DECK (1976) berichtete ebenfalls von manifesten Nebennierenrinde-Versagenssymptomen bei Streßsituationen. Wird eine Rückkehr zur gewöhnlichen vagotonischen Homöostase aus irgendeinem Grunde nicht mehr möglich, dann treten Störungen auf, die immer mit hohem allgemeinem Erregungsniveau, Distress-Gefühlen und u.a. mit erhöhter Glucocorticoiden- und Kathecolaminausschüttung korrelieren (LEVI, 1972, 1975; MASON, 1971; KARASEK, RUSSELL, THEORELL, 1982).

3. Stress und Gesundheit

Über den Zusammenhang zwischen Streß und Gesundheit ist in den letzten Jahrzehnten sehr viel geschrieben, untersucht, berichtet, postuliert, bestätigt worden. In den zwei vorangegangenen Abschnitten habe ich einige Untersuchungen erwähnt, die die Entstehung von Krankheiten aufgrund von Streßsituationen analysiert haben (LEVI, 1972; WHO, 1971; LIPOWSKI, 1970; ALTMANN, 1976; usw.). Dort habe ich auch die Auffassung einiger Autoren über die Doppelnatur des Streßgeschehens erläutert, nämlich als angenehmer, gesundheitsfördernder Streß ("EUSTRESS") und/oder unangenehmer, krankmachender Streß ("DISTRESS"). An dieser Stelle scheint nun aber zuerst wichtiger, den Begriff "GESUNDHEIT" näher zu beleuchten.

In der Präambel der Charta zur Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1948) wird Gesundheit als

"ein Zustand vollkommenen physischen, geistigen und sozialen

Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Behinderung" definiert.

Trotz der Kritik, die diese Definition wegen ihrer "zu hoch gestellten Ansprüche" (LEWIS, 1953; JUS, 1973) erntete, umfaßt sie in sich sämtliche Bereiche menschlichen Tuns und Agierens und siedelt in allen diesen Bereichen die Möglichkeit einer Ursache für Krankheiten an.

In Bezug auf die WHO-Definition zitieren VAHIA, DINSHAW und DOONGAJI (1977) den Yoga-Forscher PATANJALI (1966), der behauptete, daß

"Perfect Health can be maintained only by the internal control of behavior and freedom from the need to cope with a constantly changing external environment."

Das bedeutet, vollkommene Gesundheit ist nur möglich durch bewußte Kontrolle und bewußte Vermeidung von "Widerstandsreaktionen" des Organismus auf dessen "Alarm-Reaktionen", was letzten Endes eine Art "STRESSMANAGEMENT" oder "STRESS-SYMPATOMKONTROLLE" (BRENGELMANN, 1980) - und im Falle einer Meidung der Entstehung von Streßauslösern überhaupt - eine Art "STRESSIMMUNISIERUNG" (MEICHENBAUM und CAMERON, 1973) wäre. Darüberhinaus bestätigen VAHIA, DINSHAW und DOONGAJI (1977), daß "PATANJALI's method may help admirable in bringing about decreases in the state of arousal at three levels, namely the cortical, autonomic and peripheral levels". Eine rein medizinische Definition von Gesundheit als Funktion des vegetativen Gleichgewichts gibt FALLER (1980) mit folgender Darstellung:



Abb. 12 Bild des vegetativen Gleichgewichtes. Parasympathikus- und Sympathikuseinfluß halten sich die Waage. Verminderung oder Vermehrung des einen oder des anderen wird zu einer Störung des vegetativen Gleichgewichtes (vegetative Dystonie) führen.

CAPRA (1983) definierte Gesundheit allerdings mit einer anderen Vorstellung des Gleichgewichts, nämlich von einem dynamischen: "Gesundheit ist also ein Gefühl des Wohlbefindens als Ergebnis dynamischer Ausgeglichenheit der physischen und psychischen Aspekte des Organismus, sowie seines Zusammenwirkens mit seiner natürlichen und gesellschaftlichen Umwelt".

Nach CAPRA's Definition kann man schließen, daß sobald diese dynamische interaktionistische Homöostase, wegen der Einwirkung

eines bestimmten Stressors, nicht mehr vorhanden ist, das Gefühl des Unwohlseins auftreten wird, und somit wird der vorhandene Gesundheitszustand aufgehoben. Die Schwierigkeit, die diese sehr weitausgreifende Definition - trotz ihrer "menschenbild-anschaulichen" Richtigkeit - impliziert, ist nämlich, daß wir hier in diesem Fall aufgrund des Vorhandenseins eines Unwohlgefühls - unbedacht der graduellen Differenzierung des Mißbefindens, ob Schmerz oder eine harmlose vegetative Dystonie - von Krankheit dann reden müßten.

Die pragmatische Brauchbarkeit solcher Definitionen von Gesundheit bzw. Krankheit hat sich in der diagnostischen Praxis noch nicht durchgesetzt, wo mit statistischen Normen determiniert wird. Allerdings beziehen sich diese Normen fast ausschließlich auf experimentelle signifikante Ergebnisse in einem einzigen Bereich.

ENGELHARDT (1971) postulierte, daß, "im Mißbefinden und gestörten Verhalten (einschließlich der Organfunktion) scheinen Natur (organpathologischer Befund, pathophysiologische Prozesse) und Geschichte (psychologische und soziale Situation) zu konvergieren". Er plädiert daher zu einem dreidimensionalen Modell der Entstehung von Krankheiten: "... In den drei Dimensionen, des Befindens, des Verhaltens und der Organfunktion äußert sich die Beantwortung derartiger Situationen, die nicht nur für funktionelle Syndrome, sondern darüber hinaus für Formung, Symptomgestaltung, Exazerbationen und 'Timing' organischer Krankheiten zu berücksichtigen sind".

Für DAVISON und NEALE (1979) existiert allerdings im Menschen eine "konstitutionelle Prädisposition zu einer Krankheit" (DIATHESE), welche in der Interaktion mit dem Umweltstreß dann zum Symptom wird (DIATHESE-STRESS-MODELL).

Unterstreichung vom Ref.

Wie in den vergangenen Abschnitten bereits erwähnt wurde, sehen LAZARUS und LAUNIER (1981) ebenfalls in diesem interaktionistischen Bezugssystem "Individuum und Umwelt" die Auslöser für Streß- und Streßkrankheiten. Sie definieren Streß als "jenes Ereignis, bei dem äußere oder innere Anforderungen die Anpassungsfähigkeit eines Individuums, eines sozialen Systems oder eines organischen Systems beanspruchen oder übersteigen".

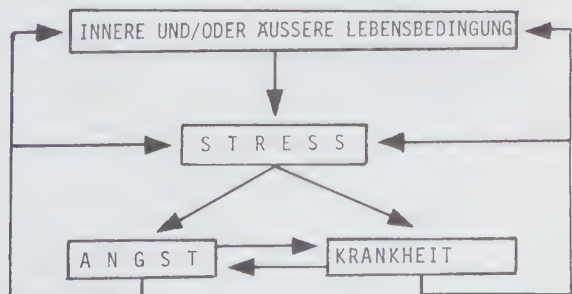
Die immer wiederkehrende Definitions- und Kausalitätsdialektik, die mit den Begriffen "Streß", "Gesundheit" und "Krankheit" verbunden ist, wird hier noch einmal deutlich. Nur multidisziplinäre wissenschaftliche Verfahren können zu einem neuen, präziseren Begriff von Gesundheit und Krankheit verhelfen, wie es sich in gewisser Weise das "STRESA-Projekt" (BRENGELMANN, 1980) vorgenommen hat.

Zusammenfassend verwende ich das dort vorgestellte Postulat über die Beziehung zwischen Streß und Angst

- "Streß hat häufig direkte somatische Auswirkungen, ist aber die Grundlage vieler Ängste. Angst wiederum wird zur Belastung" - (BRENGELMANN, 1980);

um die gleiche Reziprozität, die der Beziehung zwischen Streß und Krankheit - und in einem erweiterten Sinne zwischen Streß, Angst und Krankheit - innewohnt, in einem Regelkreis darzustellen, wie die untenstehende Abbildung 13 global aufzeigt.

Abbildung 13:



Obwohl "es keine von der Seele getrennte Krankheit des Körpers gibt" (SOKRATES, 470-399 v.Chr.), ist das Begreifen dieses Zusammenhangs immer noch sehr wenig geläufig, so daß die Aufmerksamkeit - sogar der wissenschaftlichen Medizin selbst - auf die organische Schädigung durch den Streß gerichtet ist.

COBB und ROSE (1973) fanden eine Überrepräsentativität von *Ulcus pepticum* in der Großstadtbevölkerung, wo der Streßlevel höher ist als in der Population solcher Städte, wo der Pegel physikalischen Streß niedriger liegt. Auch hier war das Risiko zur Entwicklung einer Hypertonie nicht so groß wie dort.

Den gleichen Symptom-Häufigkeitsunterschied fanden die Autoren auch zwischen Flugzeugpiloten, die die Zivilbevölkerung befördern und denen der Armee. Sie schließen daraus, daß Verantwortung über Menschenleben (Zivilflugverkehr) und der stärkere Arbeitsdruck hier die auslösenden Faktoren für die höhere Anfälligkeit seien.

BROOKS und MUELLER (1966) führten eine Untersuchung mit Akademikern durch und analysierten ihren Lebensstil und ihre Ernährung und korrelierten diese Faktoren mit *Acidum uricum*. Ihre Kontrollgruppe waren Personen aus der unteren Sozialschicht. Sie stellten fest, daß der extravagante Lebensstil der "upper and middle social classes" zu einer viel höheren Konzentration von *Serum acidum uricum* führen, als die der Kontroll-Personen.

KORNITZER, KITTEL, DE BAKER und DRAIMAX (1981) führten eine prospektive Vergleichsstudie an zwei belgischen Bankinstituten durch und fanden, daß die Mitarbeiter der privaten Bank eine doppelt höhere Inzidenz zu Herzkrankheiten aufwiesen, wie die der halbstaatlichen Sparkasse. Determinante Streß-Faktoren dort waren: Zeitdruck, Arbeitspensum, innenbetriebliche Struktur.

MÖLLER, PERINI, BATTEGAY und LABHARDT (1976) stellten bei 90% ihrer untersuchten Patienten mit generalisierter Insertitendiose (Weichteilrheumatismus) verschiedene Arten von vegetativen Symptomen aufgrund von Belastungen im persönlichen wie im beruflichen Bereich fest. MARXKORS und MÖLLER-FAHLBUSCH (1981) fanden eine Konkordanz zwischen streßreichen Lebensereignissen (Todesfall, Wohnungswechsel, Arbeitsplatzwechsel, Hausbau usw.) und Erkrankungen der Kauorgane, v.a. bei Myoarthropathie-Patienten.

HÖLZL (1980) berichtet von diagnostischen Untersuchungen von OI et al. (1971), welche sowohl morphologische, wie lokalisatorische Unterschiede zwischen menschlichen und tierischen Magengeschwüren nachgewiesen haben. Diese Magenerkrankungen hatten alle einen psychogenetischen Hintergrund. Abbildung 14 zeigt die Entstehung dieser Erkrankungen.

Die Anzahl der Patienten ohne nachweisbare Organfunktionsstörungen beträgt in der BRD bis zu 50% der ambulanten Patienten der ärztlichen Praxis (NIEBEL, 1981), und Streß ist unweigerlich der Hauptauslöser solcher funktioneller Störungen und Erkrankungen (LARBIG und BIRBAUMER, 1980). Schon 1973 wurde dies von BRÄUTIGAM und CHRISTIAN ausdrücklich betont.

Im Arbeitsbereich untersuchte KAPLAN et al. (1975) 2010 Personen aus 23 Berufsgruppen nach ihrer

- a) subjektiven Arbeitsbelastung
- b) sozialer Unterstützung,
- c) Person-Umwelt-Anpassung und
- d) Beanspruchung.

Seine Prädiktoren für "STRAIN-INDIKATOREN" waren: Angst, Irritation und Depressivität und für den "GESUNDHEITS-INDIKATOR": psychosomatische Beschwerden. Wie Abbildung 15 zeigt, Angst und Depressivität und zuletzt Irritation korrelieren hoch signifikant mit psychosomatischen Störungen.

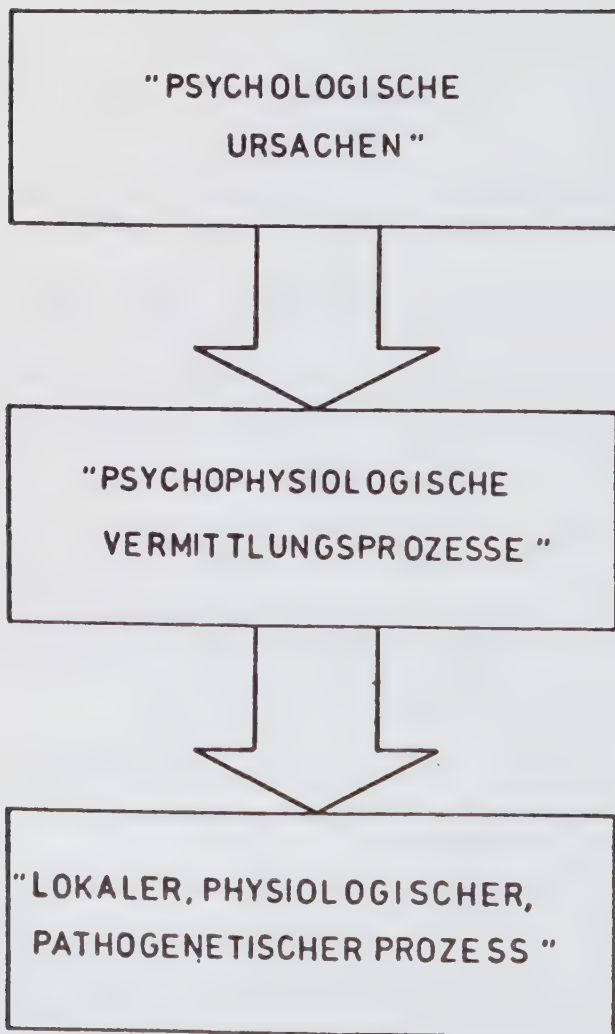


Abb. 14: **Pathogenetische Prozesse bei psychosomatischen Störungen**
(nach HÖLZL, 1980)

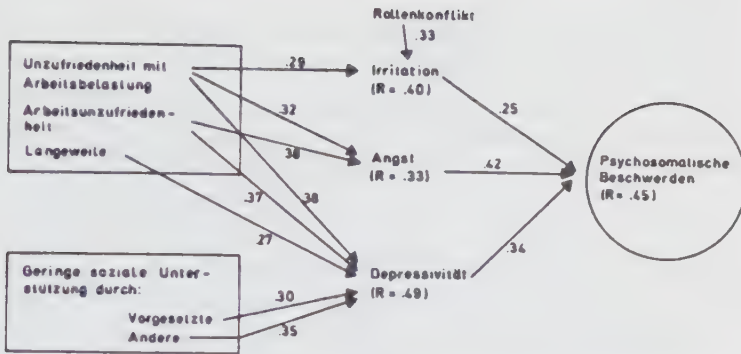


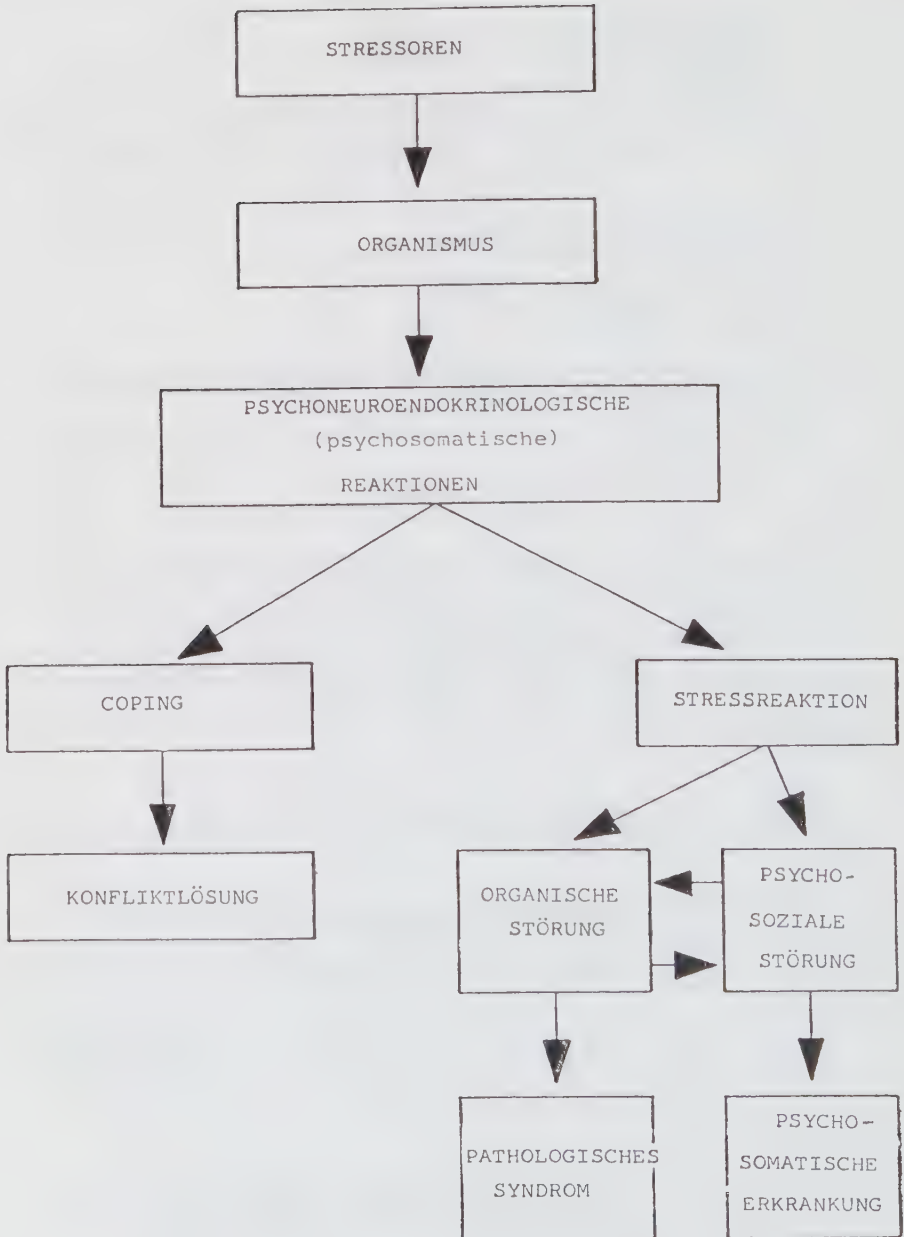
Abb.15: Prädiktoren von Irritation, Angst, Depressivität und psychosomatischen Beschwerden (Aus: Caplan, 1976).

BRENGELMANN, MÖLLER, MAASS und HOHENBERGER (1981) fanden zwar eine hohe Korrelation zwischen Streßfaktoren (psychische Druckfaktoren) und Erkrankungen, wie z.B. hoher Blutdruck, Magendarmstörungen, Kreuz- und Rückenschmerzen oder Rheuma- und Gelenkbeschwerden, bei denen die Angst aber keine Rolle spielte.

Abbildung 16 stellt zusammenfassend die Stufen der Entwicklung einer

- a) Streßbewältigung (coping)
- b) somatischer oder psychosomatischer Streß-Erkrankung dar.

Abbildung 16:



Aber nicht nur Familie und Beruf fungieren als wichtige Stressoren für die Entstehung psychosomatischer Dysfunktionen. Ähnliche Beschwerden als Folgen des Leistungsdrucks in der Schule stellten BÄUERLE und KURY (1980) fest. Und LOTZ (1983) konnte dies in seiner umfangreichen Untersuchung mit Schülern kürzlich bestätigen.

BASTIAANS(1977) behauptet, daß psychosomatische Erkrankungen auf streßreiche Erlebnisse zurückzuführen sind, in denen der Patient Frustration, Angst, Furcht, Ohnmacht, Unfähigkeit usw. verspürt hat. Aber angesichts dieser emotionalen Belastung vermeiden diese Patienten jeden Versuch der Herstellung eines attributionalen Zusammenhangs mit ihrer Erkrankung.

Ein großer Teil der Schuld daran haben allerdings die Ärzte, die zugunsten einer schnelleren Abfertigung der Patienten gar kein Interesse an solchen Zusammenhängen haben:

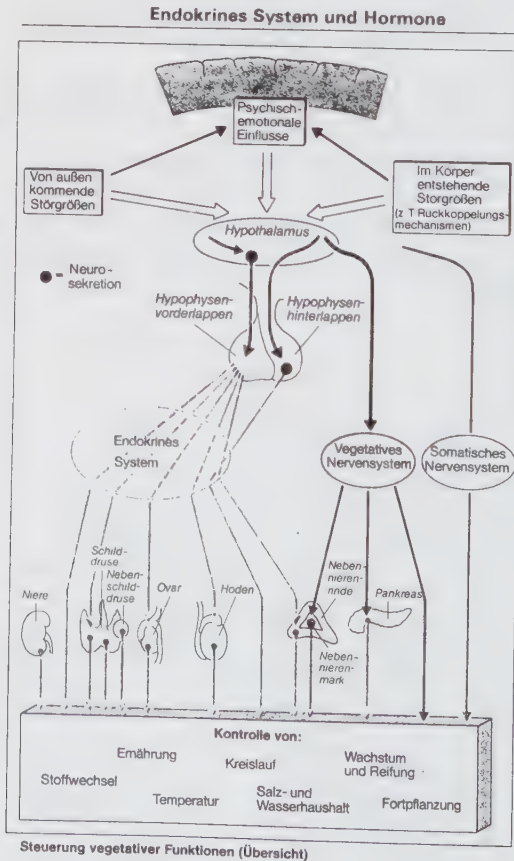
BRÄUTIGAM und CHRISTIAN (1975) beklagen daher, daß "in der Praxis des ärztlichen Gesprächs der Streßbegriff häufiger zu einem Ausweg als zu einem Einstieg in die den einzelnen bestimmenden Motivationen wird".

II. PSYCHOLOGISCHER STRESS

1. Streßverhalten

1.1. Streß und Emotionen

Obwohl beim psychologischen Streß die Auslöser- und Reaktionsinstanzen die vielen Bereiche des psychischen Apparates sind, spielt sich der ganze Streß-Vorgang aber in unserem Organismus ab, wie ihn SILBERNAGL und DESPOPOULOS (1979) in der nachstehenden Abbildung 17 darstellten.



Die schädigende Wirkung von psychischem Streß auf den Organismus hat vor SELYE schon CANNON (1914) untersucht und beschrieben. Nicht nur die Wichtigkeit der physischen Homöostase wurde von ihm betont, sondern auch seine Theorie, daß

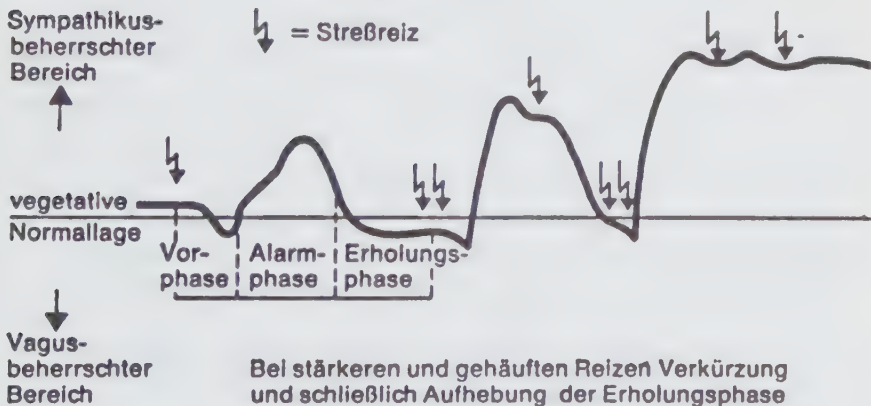
- "die für das Leben wichtigen Körperregionen irreparabel geschädigt werden, wenn das autonome Nervensystem durch anhaltende psychische Belastungen auf ein hohes Erregungsniveau gehalten wird" -

ist ein Vorläufer der Streßforschung gewesen.

Diese Homöostase- und Streßtheorie wird in der folgenden Abbildung 18 dargestellt.

Abb. 18: Der vegetative Dreiakt der Streßreaktion

(nach VESTER, 1976)



Der vegetative Dreiakt der Streßreaktion.

40 Jahre später und mit nun schon 17 Jahren psychiatrischer und psychoanalytischer Praxiserfahrung, versuchte ALEXANDER (1950), immer noch CANNON und zu dieser Zeit auch schon SELYE mit tiefenpsychologischen Erklärungen zur körperlichen Angstreaktion und Magenmotilität zu widerlegen:

"... Dies möge genügen, um zu zeigen, daß es bei dem heutigen Stand unseres Wissens sinnlos ist, allgemein von "Angst" als Ursache somatischer Symptome zu sprechen" (ALEXANDER, 1950).

Ein Standpunkt, der heute in keinem Zweig der Humanwissenschaften mehr zu finden ist.

SELYE selbst betonte 1976(b) noch einmal ganz deutlich:

"Beim Menschen mit seinem hochentwickelten zentralen Nervensystem ist die emotionale Erregung unzweifelhaft einer der häufigsten Auslöser von somatischem Streß!".

ENGELHART (1971) sagt, daß sogar SELYE's Annahmen bereits überholt sind:

"Das alte Konzept eines objektiven Streß' ist durch den "psychologischen Streß" (LAZARUS, 1968) zu ersetzen.

Nach den ersten Auswertungsergebnissen der STRESA-Untersuchungen meldeten BRENGELMANN, MÜLLER, MAASS und HOHENBERGER (1981):

"Man erhält den Eindruck, daß die somatischen Störungen per se keinerlei oder nur eine geringe Gemeinsamkeit besitzen, d.h. qualitativ unterschiedliche Kategorien darstellen, und daß die Signifikanz ihrer Beziehungen durch krankheitsübergreifende emotionelle Einflüsse zustandekommt".

Wie schon oben erwähnt, fand LEVI (1972) heraus, daß die Höhe der Ausscheidung von Kathecolaminen aus dem Nebennierenmark in Verhältnis steht zu der subjektiv eingeschätzten emotionalen Belastung. Dies bestätigt KENNON (1979) allerdings mit dem

Unterstreichung vom Verfasser

Cortisol. Er fand, daß die Veränderungen des Cortisol-Levels im Organismus in hoher Korrelation zu erlebter Angst steht. Diese, sowie viele andere ähnliche Ergebnisse, veranlassten BURCHFIELD (1979) zu behaupten, daß

"all emotions are an alteration from psychological homeostatic" sowie auch, daß "psychological changes are usually accompanied by alterations of physiological homeostatic responses".

Für NITSCH (1981) entstehen diese Emotionen in Funktion einer Erschwerung des a) Annäherungs- oder des b) Vermeidungszieles einer Handlung. Bei a) tritt dann Ärger auf, während bei b) Angst ausgelöst wird. Beide dieser Emotionen können aber von dem Gefühl der Hetze überlagert werden. Man könnte sich vorstellen, daß Streß zuerst Ärger auslöst und bei anhaltender Belastung der gleichen oder zusätzlichen Stressoren ANGST als Hauptemotion auftritt.

"Je mehr eine Krankheit emotionell besetzt ist, um so negativer korreliert Ärgerkontrolle mit dieser Krankheit",

fanden BRENGELMANN, MÜLLER, MAASS; HOHENBERGER (1981). Angst spielt in der STRESA-Erforschung von Streßreaktionen eine zentrale Rolle und wird - wie oben dargelegt - sowohl als Grundlage für Streß postuliert, als auch selbst, im Streß ihre eigene Basis haben.

Angst als Persönlichkeitseigenschaft wird u.a. von SPIELBERGER, GORSUCH und LUSHENE (1970) untersucht. JACOBS und STRITTMATTER (1979) fanden bei Schülern mit ausgeprägter Schulangst eine "ALLGEMEINE ANGSTLICHKEIT" vor, die hier der "TRAIT-ANGST" SPIELBERGER's ähnelt.

BRENGELMANN (1980) berichtete von der Untersuchung von SAALFELD (1980) mit psychosomatischen Patienten, in deren Arbeit hohe Korrelationen zwischen Partnern-, Sozial- und Altern-Angst mit Streßfaktoren festgestellt wurden.

BECK (1972) hebt die Wirkung der Angst bei der Entstehung von (psycho)somatischen Störungen, mit folgendem "REGELKREIS" hervor:

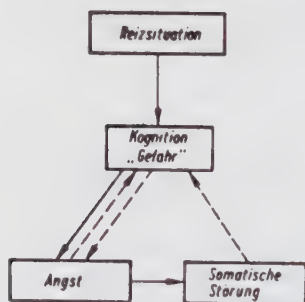


Abb.19 Entstehung einer psychophysiologischen Störung (rechts unten) durch einen positiven Regelkreis zwischen Kognition und psychophysiologischen Angstreaktionen. (Nach Beck, 1972.)

(Aus: BIRBAUMER, 1977)

Die Ergebnisse der "CAPLAN-STUDIEN" (s. Abschnitt 1.3.) bestätigen in einer klaren Weise die Funktion der Angst bei der Entstehung psychosomatischer Störungen und erweisen somit eine experimentelle Bestätigung für das BECK'sche Modell. Einen solchen Zusammenhang zwischen Angst und bestimmten psychosomatischen Krankheiten konnte von BRENGELMANN, MÖLLER, MAASS und HOHENBERGER (1981) dennoch nicht bestätigt werden. Im Gegenteil, sie fanden bei einer umfangreichen Untersuchung mit psychosomatischen Patienten aller Erkrankungen, daß Angst dabei überhaupt keine Rolle spielt, sondern lediglich psychische Streß- und Druckfaktoren.

LARBIG und BIRBAUMER (1980) erwähnen ebenfalls diese mangelnde Korrelation zwischen Erkrankung bzw. erhöhtem, krankmachenden zentralnervösen Aktivierungsniveau und erlebten Angst:

"Bei vielen psychosomatischen Störungen bestehen zwar extreme physiologische Reaktionen in einzelnen Systemen, subjektiv erleben die Personen aber kaum Ängste".

1.2. Streß und Kognition

Nach BECK (1972) können emotionale Belastungen und somit psychosomatische Störungen nur über den Weg "KOGNITION" entstehen. Die Rolle kognitiver Mechanismen im Streßprozeß wurde im 1. und 2. Abschnitt schon mehrfach betont (LAZARUS, LAUNIER, 1981; MCGRATH, 1970b), sie bedarf jedoch noch einer kurzen Ergänzung.

Seit 1908 sind uns die Theorien und Untersuchungsergebnisse von YERKES und DODSON zur "Gewohnheitsbildung" mit dem Resultat der "umgekehrten U-Funktionskurve" bekannt. Danach würde es heißen, daß bei geringem und hohem Streß die kognitive Leistung kleiner wäre, dagegen bei mittlerem Streßniveau die kognitive Leistung am stärksten.

Wir wissen, daß in der dritten, sogenannten "Widerstandsphase" die Stressor-Einwirkung am gefährlichsten ist.

Wie erklärt sich hier, daß die kognitive Leistung der Bewertung beim mittlerer Streßstärke bzw. Streßdauer am höchsten ist und mit Zunahme bzw. Überdauer dieses, dann abnimmt? Wie erklärt sich nach der Leistungs-Streß-Kurve (wie in Abbildung 20 dargestellt), daß gerade in der "Widerstands-" bzw. "Erschöpfungsphase" der kognitive Apparat und seine Bewertungs-Leistungen absinken, und den Stressor als "nicht-mehr-so-gefährlich" oder "nicht-mehr-so-bedrohlich" einschätzen?

Die Erklärung dieser Frage scheint von wichtiger Bedeutung zu sein, weil die "YERKES-DODSONsche Regel" eine zentrale Rolle in der Kognitiven Psychologie spielt, und BECK (1972) wie LAZARUS (1966) und u.a., die Kognition als zentrale Instanz bei der Streßentstehung ansehen.

Streß-(Aktivierungs-, Arousal-, Erregungs-)Grade sind mit geringer, mittlere dagegen mit hoher Leistung verbunden.

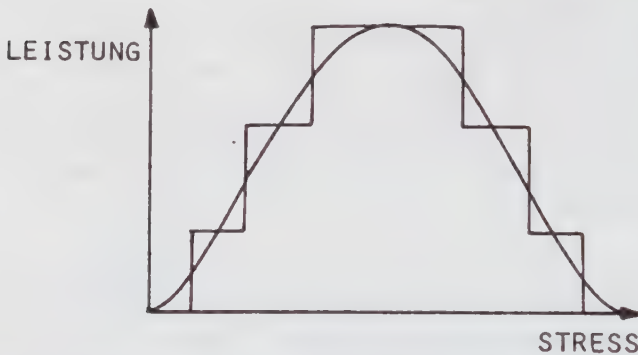


Abb. 20 Hypothetische Beziehungen zwischen Streß und Leistung (umgekehrte U-Funktion und Sprung- oder Treppenfunktion). Aus NITSCH, 1981.

NITSCH (1981) erklärt diese Paradoxie mit der Überlegung, daß bei geringem Streß die Anstrengungsbereitschaft der Organismen und des kognitiven Apparats ebenfalls gering bleibt. "Dies führt zumindest bei unerwarteten Anforderungssprüngen zu Mangel- und Fehlleistungen".

Anders ist es aber bei hohem Streßniveau. Nach einer intensiven Reaktionsphase verliert der Organismus an Anpassungs- und optimalen Reaktionsfähigkeiten; der kognitive Apparat wird zunehmend beeinträchtigt und es kommt nach SCHÖNPFLUG (1979) zu einer "Desintegration der Verhaltenskette" (zit. nach NITSCH, 1981). Fehleinschätzungen treffen ein, die emotionalen Elemente der entstandenen Streßsituation nehmen mehr und mehr Vorrang, die Rückkoppelungseffekte führen zu einer noch stärkeren Überforderung des kognitiven Apparates und das ganze Geschehen wird dann bald zu einem regelrechten allgemein lebensgefährlichen "Streß-Teufelskreis".

Die dominante Rolle der kognitiven Funktionen in der Schlußphase eines Streßverlaufs scheint daher - angesichts der zunehmenden Wirkung der Emotionalität und ihrer starken organischen Aktivierung, sowie des allgemeinen Erregungszustandes des gesamten Organismus - dann abzunehmen. VESTER (1975) betont, daß je bedrohlicher eine Situation wird, desto mehr erfolgt die Streßreaktion auf Kosten des Denkens "und zwar ganz im Sinne der Natur. Denn in solchen Fällen sollen andere, weit schnellere Reaktionen als das Denken stattfinden, damit wir im Kampf um das Dasein überleben können".

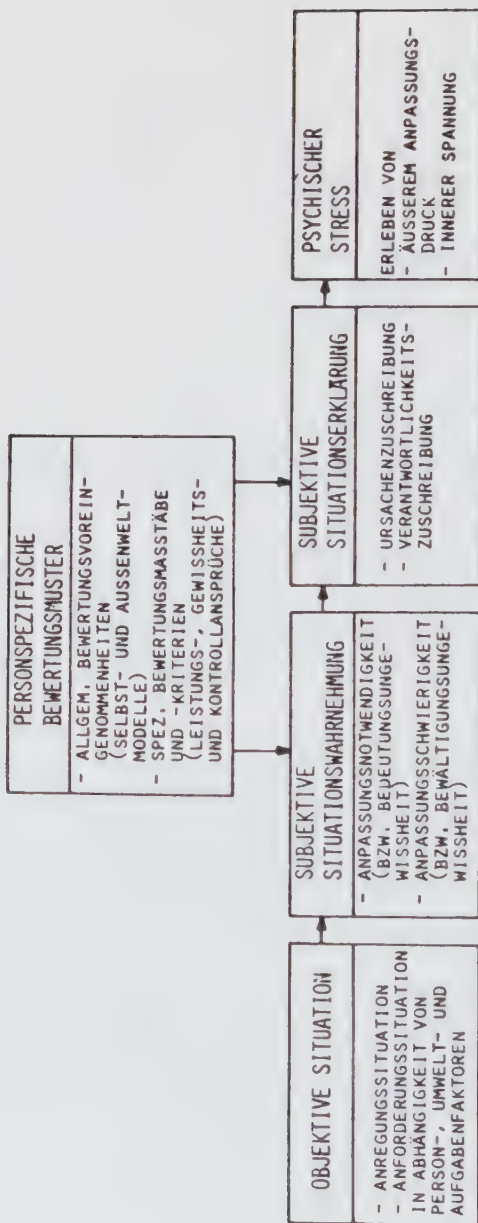
Die Wichtigkeit kognitiver Prozesse in der Anfangsphase des Stressgeschehens ist dennoch nicht zu leugnen, bedenkt man, daß zur Entstehung einer Streßreaktion nicht unbedingt erforderlich ist, daß der Stressor gegenwärtig oder konkret wird. Schon die Antizipation und Vorstellung, Wahrnehmung eines Ankündigungssignals oder die symbolische Wahrnehmung dessen, ist ausreichend, um bestimmte Streßgeschehen auszulösen (LAZARUS, 1967; VICKERS, 1968; WOLF und GOODELL, 1968).

Wie im Abschnitt 1.1. bereits dargestellt (MCGRATH, 1976; NITSCH, 1981), die subjektiven Bewertungsprozesse - sowohl die projektiven, wie die retrospektiven - sind wichtige und determinierende Vermittlungsfaktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Streßaktivierung. Eine detaillierte Darstellung dieser Bewertungsfaktoren und Bewertungsphasen wird in Abbildung 21 gezeigt.

Neben den Untersuchungen von JACOBS und STRITTMATTER (1979) über die Schulangst und Schulleistung, stellten sie fest, daß die Schulangst nur dann einen negativen Einfluß auf die Schulleistungen hat, wenn die Schüler ihre persönlichen Leistungsfähigkeiten negativ einschätzten.

Abbildung 21:

(aus: NITSCH, 1981)



Stressrelevante Bewertungsaspekte.

Auf Seite 190 ff. seiner Dissertation schildert LOTZ (1983) auf eindrucksvolle Weise das Abhängigkeitsnetz der Bewertungsprozesse (Selbst- und Fremdbewertung) bei Schülern und ihre positiven, wie negativen Einflüsse auf das schulische Streßverhalten.

Was die Bewertung von Streß und bestimmten psychosomatischen Störungen betreffen - u.a. den Herzinfarkt - stellt BRÄUTIGAM und CHRISTIAN (1975) bei einem Teil der westlichen Bevölkerung eine Einstellung fest, die sicherlich zur Entstehung dieser Störung sehr förderlich ist. Streß wird als allgemeiner, gesellschaftlich anerkannter Prestige- und Leistungs-Index verinnerlicht. MIKHAIL (1981) zitiert in diesem Zusammenhang einen geläufigen Spruch von SELYE, der heißt:

"it is not what happens to you, that matters but how you take it".

1.3. Streß und Persönlichkeit

Seit den Veröffentlichungen von FRIEDMAN und ROSEMAN (1974) über das Typ-A-Behavior-Pattern, wurden zahlreiche Untersuchungen darüber durchgeführt. Bei der Mehrheit dieser Arbeiten wurde das "Typ-A-Behavior-pattern", auch "coronary-personen-behavior-pattern" genannt, dennoch irrtümlicherweise als Persönlichkeits-Typ ("Trait") dargestellt. Viele Autoren betonen dieses große Mißverständnis und unterscheiden ganz deutlich zwischen "Verhaltensmuster" und "Persönlichkeitseigenschaften" (FRICZEWSKI und THORBECKE, 1976; MCMICHAEL, 1978).

Persönlichkeit impliziert dagegen viel mehr. Sie besteht aus "angeborenen bzw. über längere Lebenszeit erlernte Dispositionen, welche zu einer meßbaren Organisation des gesamten Verhaltens" gehören, nämlich Soma, Motorik, Fühlen und Denken (GUERRA, REIG, BRENGELMANN, 1982). EYSENCK (1960) postulierte, daß emotional labile Menschen (Neurotizismus) stärker zu Streßreaktionen neigen als emotional stabile (Extraversion) Menschen.

Dies wurde von ORGAN (1975) überprüft, der fand, daß labile Menschen zwar signifikant mehr emotionalen Streß erleben, aber dies nur in unstrukturierten Prüfungssituationen und dann auch unabhängig von psychischem Druck.

GUERRA, REIG und BRENGELMANN (1982) konnten auch - aufgrund einer sehr umfangreichen empirischen Analyse des Streßverhaltens gesunder und kranker Menschen - die EYSENCK'sche Annahme widerlegen, und zwar bezüglich des Determinanzanteils der Persönlichkeit im Streßerleben, sowie auch des Zusammenhangs Extraversion (emotionale Stabilität) und Streß.

Sie fanden nämlich eine positive Korrelation zwischen den E-Persönlichkeitsdimensionen und Leistungsstreß. Sie schließen daraus, daß Streßreaktion nicht überwiegend durch Persönlich-

keitsdispositionen determiniert werden, sondern viel mehr durch "spezifische Arten der Reaktionen und Bewältigungsmechanismen, die man in der Situation vorfindet".

Diese Ergebnisse bestätigten daher eine Auffassung von BRENGEL-MANN und MICHL (1982), welche belegten, daß Streßverhalten nicht direkt auf individuelle Persönlichkeitsunterschiede zurückzuführen ist.

Somit erweist sich auch die Vorstellung als unfundiert, die eine persönliche Vulnerabilität (BARRETT, 1979) bzw. persönlich-konstitutionelle Anfälligkeit (SLATER, 1943) gegenüber Streß, annahmen.

Die Ergebnisse der STRESA-Forschung mit psychosomatischen Patienten erbrachten viel Klarheit bezüglich der Beziehung zwischen Streß und Lebensleistung, wie auch zwischen dem Typ-A-Verhalten und Persönlichkeitsdimensionen. Da Lebensleistung positiv mit Streß korreliert, und Ungeduld, Unruhe, Ärger, Faktoren der Leistung sind, die auf den Menschen emotionell negativ wirken, so entsteht eine emotionale Labilität (Neurotizismus), welche negativ mit dem Lebenserfolg korreliert. Die Persönlichkeitsdimensionen "Leistungsmotivation" korreliert ebenfalls positiv mit Streßreaktionen, während Extraversion im Sinne der Streßbewältigung wirkt.

PANCHERI, BELLATERRA, MATTEOCI, CRISTOFARI, POLIZZI und PULETTI (1978) untersuchten 58 Myokardinfarktpatienten und fanden, daß die Gruppe der "Gebesserten" signifikant niedrige Scores in allen MMPI-Skalen wie in den "personality traits" von SPIELBERGER erzielten. Vor allem in den MMPI-Skalen Aggressivität, Depressivität, emotionale Labilität und Introversion, wiesen die "Nicht-gebesserten" sehr hohe Werte auf.

Dieses Ergebnis könnte die Annahme von MISCHEL (1971) bestätigen, die in der Angst eine direkte Beziehung zur Intensität und Dauer der Belastung postulierte.

Ein ähnliches Ergebnis stellte ich bei einer Untersuchung zur Wahrnehmung der Herzaktivität mit 39 Versuchspersonen fest (VASCONCELLOS, 1980). Dabei wurden ihre Herzraten während Ruhe- und Streßphasen apparativ registriert. Die Versuchspersonen, die ihre Herzaktivität in der Streßsituation gut wahrnehmen konnten, zeigten nicht nur eine niedrigere Herzfrequenz als alle anderen Teilnehmer, sondern auch stärkere Persönlichkeitsausprägungen in Depressivität und emotionale Labilität (nach dem "FPI" von FAHRENBERG und SELG (1970). Darüberhinaus zeigten sie herzphobische Verhaltensweisen und erwiesen sich als hoch ängstlich beim SPIELBERGER "State" und "Trait" (1970).

Auch STUDT (1983) fand eine signifikante hohe Ängstlichkeit, Depressivität, Dominanzstreben und hypochondrische Eigenschaften bei Herzneurotikern und Sarkoidosekranken.

JACOBS und STRITTMATTER (1979) belegten, daß neben negativem Selbstbild und negativer Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit eine "allgemeine Ängstlichkeit" zu den wesentlichsten Persönlichkeitseigenschaften bei Schulangst zu finden ist.

BRENGELMANN, MÖLLER, MAASS und HOHENBERGER (1981) betonen allerdings, daß

"Angst nur in spezifischen Situationen mithilft, um das Konstrukt Streß zu definieren".

Streß korreliert mit psychosomatischen Erkrankungen höher als Angst, z.B. im Falle der Druckfaktoren.

WOLF, CARDON, SHEPARD und WOLFF (1955) fanden ebenfalls keine charakteristischen Persönlichkeitseigenschaften bei Hypertensionspatienten, sondern lediglich einen hohen Zusammenhang mit ihren Einstellungen und ihrem Lebensstil.

1.4. Streß und Typ-A-Verhaltensmuster

Durch übersteigerte Leistungsorientierung, Aggressivität, Ambitionen, Konkurrenzgefühle, Unruhe, Beharrlichkeit und ein positives Gefühl für Zeitdruck kennzeichnen und unterscheiden sich Typ-A-Individuen von dem sogenannten "TYP-B". Diese zeigen dagegen ein diametral konträres Verhaltensmuster zu jenen (FRIEDMAN und ROSEMAN, 1959).

Zusammen mit BRAND und SCHOLTZ (1976) untersuchten sie 3.000 Personen und fanden, daß die Versuchspersonen, die ein "TYP-A-Behavior-Pattern" aufwiesen, eine doppelt so hohe Inzidenz zu koronaren Herzerkrankungen zeigten, wie die mit den "TYP-B-Verhaltensgewohnheiten".

Im physiologischen Bereich weist "TYP-B" ein niedrigeres Cortisol-Level bei Aktivitäten als die Typ-A-Individuen auf, während diese in Ruhephasen einen höheren Cortisol-Spiegel zeigten als die ruhigen Typ-B-Personen (FRIEDMAN, ROSEMAN, ST.GEORGE (1969).

Angesichts der Evidenz dieses Zusammenhangs zwischen Verhaltensmuster und Erkrankung - was durch unzählige Untersuchungen immer wieder bestätigt wird: "Western Collaborative Group Studie" (ROSEMAN, BRAND, SCHOLTZ, FRIEDMAN, 1976); "FRAMMINGHAM-STUDIE" (HAYNES, FEINLEIB, LEVINE, SCOTCH und KANNEL (1978); KÖRNITZER (1981), um nur einige zu nennen, wurde der Typ-A irrtümlicherweise als eine Persönlichkeitsdimension interpretiert.

In einem Vergleich der "Charakterzüge und Verhaltensweisen" stellen BRÄUTIGAM und CHRISTIAN (1975) den Typ-A neben CATELL, EYSENCK und SHELTON als "RISIKOPERSÖNLICHKEIT" dar (siehe Abbildung 22) Sie betonen allerdings: "Die nachfolgende Abbildung ist also nicht als eine konkordante Ergebnisreihe oder gar erschöpfende Aufstellung persönlichkeitsdiagnostischer Dimensionen zu verstehen, sondern zeigt eine Art Synopsis der Risikopersönlichkeit des Herzinfarktes in Analogie zu den körperlichen Risikofaktoren!".

Psychosomatik der koronaren Herzkrankheiten

Sheldon (Somatotonie)	Eysenck (Extraversion)	Cattell (Faktoren A*, H*, F*)	Rosenman (Typ A)
aktiv	aktiv	unternehmungslustig	▶ geistige und physische Beweglichkeit
talkräftig expansiv	Reizhunger	gerät gern in den Lebensstrom	▶ hastige Lebensweise
abenteuerlustig Vorliebe für Risiken	leicht erregbar impulsiv risikofreudig	impulsiv, emotional expressiv	▶ ungeduldig – impulsiv
energisch strebsam	sozialabel	gesellig	▶ Streben nach Erfolg und sozialer Billigung
kühne, offene Lebensart	instabil, unkontrolliertes Temperament	häufiger Stimmungswechsel, argwöhnisch besorgt	▶ gespannt, zwanghaft

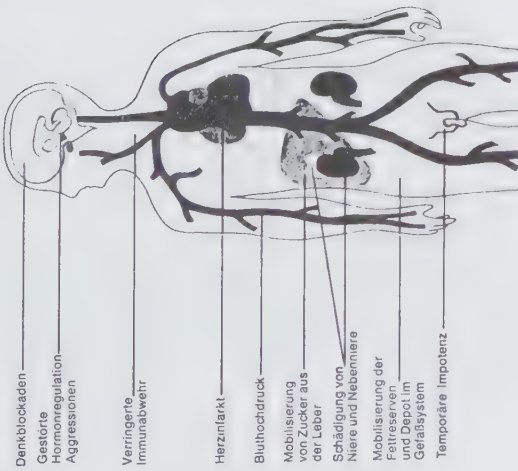
Abb. 22 Synopsis der „Risikopersönlichkeit“ des Herzinfarktes
(aus: BRÄUTIGAM und CHRISTIAN, 1975)

FRIEDMAN und ROSEMAN betonen immer wieder, daß der "Typ-A" keine "Streßpersönlichkeit" sei und im Gegenteil dessen, Menschen sind, die den Streß auf diese Weise bewältigen wollen:
"It is not psychosis on a complex of worries of fears on phobias or obsessions, but a socially acceptable - indeed often praised form of conflict".

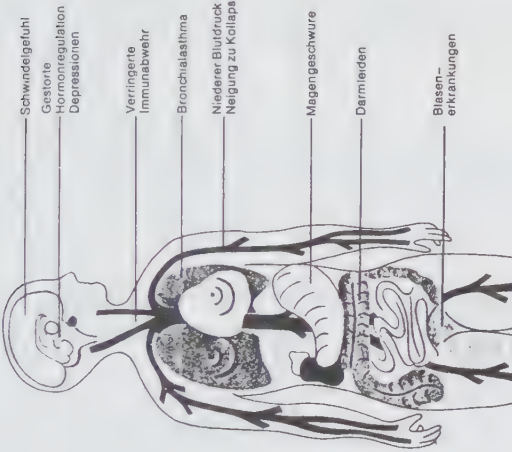
Als mögliche Alternative zur Bezeichnung A- und B-Typ verwendet VESTER (1976) die Benennung "Sympathikotoniker" und "Vago-"

Krankheitsbilder beim Sympathikotoniker und Vagotoniker

Sympathikotoniker



Vagotoniker



Ablauf der Stressreaktion beim jeweiligen Extremtyp



Abbildung 23 : (Aus: VESTER, 1976)

toniker". Er ordnet jedem Typ einen charakteristischen Verlauf seiner vegetativen Streßreaktionen, sowie auch bestimmte Krankheitsbilder zu.

BURNAM, PENNEBAKER und GLASS (1973) fanden, daß Typ-A-Individuen zwar extrem leistungsorientiert und sehr fleißig sind, besitzen auch ein besseres Gedächtnis, sind aber nicht intelligenter als Typ-B-Personen.

ROSENMAN et al. (1975); MATTHEWS und KRANTZ (1976) postulierten die Möglichkeit, daß das "the harddriving and archievement-oriented behavior reflects a more basic genetic predisposition".

GLASS (1977) und BUTENSKY et al. (1976) führen das Typ-A-Verhaltensmuster auf Lernprozesse zurück: "... Pattern A is learned by individuals where genetic make-up renders them susceptible to shaping processes that lead to emergence of the behaviors pattern!".

In den Labor- und Feldexperimenten von GLASS und SINGER (1972, 1973) stellten sie fest, daß der Hauptunterschied zwischen Typ-A und Typ-B ist, daß dieser sich relativ frei von Kampf und Anstrengung zeigt, während der Typ-A sich voll auf die Auseinandersetzung einläßt und zwar immer mit dem Versuch, sie zu kontrollieren.

Basierend auf seinen experimentellen Untersuchungen formulierte GLASS (1977) die Annahme, daß diese "engaged struggle for enviromental control" eine Strategie sei zum Coping unkontrollierbarer Streß-situationen.

In einem umfangreichen Verfahren mit 2.750 Versuchspersonen versuchten JENKINS, ZYZANSKI und ROSENMAN (1978) ein differenzierteres Verhaltensmuster der Typ-A-Individuen herauszufinden, und stellten fest, daß Männer mit offenem kompetitiven Verhalten eher zu Angina pectoris neigen.

Diese Erkrankung wird von den Autoren als sehr hoch reaktiv, sowohl zur Leistungsmotivation als auch zur Leistungsfrustration dargestellt.

Einen Herzinfarkt bekommen nach dieser Untersuchung Typ-A-Menschen, die zwar im harten Leistungskampf im Beruf leben, aber - im Gegensatz zu den oben erwähnten "Angina pectoris"-Kandidaten - jegliche interpersonelle Kompetition vermeiden. Die Mehrheit dieser akuten Infarktpatienten haben allerdings ein Hochschulstudium absolviert.

Eine andere Gruppe von Versuchspersonen neigten zu markant verlaufendem Micro-Herzinfarkt ("unreconized, silent, myocardial infarction"). Sie kennzeichneten sich dadurch, daß sie einen heterogenen Typ-A-Verhaltensstil zeigten. Sie wechselten den Beruf sehr oft, waren sehr ungeduldig mit Menschen, die sehr viel reden und im Urlaub warteten sie ebenfalls mit Intolenz auf das Urlaubsende. Wenn sie sich im Streß befanden, spürten sie zwar Lust zu Veränderungen, nahmen aber dennoch nie Notiz von ihren beschleunigten Herzfrequenzen.

BRENGELMANN (1980) ist aber der Annahme, daß das "Typ-A-behavior-Pattern" möglicherweise nicht spezifisch für Koronaerkrankungen sei, sondern lediglich die mangelnde Überprüfung dieser diagnostischen Verfahren bei anderen Erkrankungen eine Spezifität annehmen läßt, die gar nicht so ausschließlich zu sein braucht.

Aufgrund ihrer eigenen Streß-Untersuchungen mit psychosomatischen Patienten verschiedener Erkrankungen berichteten BRENGELMANN und MICHL (1982), daß sich Zeitdruck, Ungeduld, motorische Unruhe und Ärger/Wut als signifikante Faktoren in den verwendeten Streßskalen erwiesen und so "einen homogenen Streßreaktionstyp bilden, der mit dem Typ-A identifiziert werden kann, ohne ihn voll auszufüllen!".

Angesichts jedoch gewisser festgestellter Inhomogenitäten des Ergebnisses bei der externen Analyse - "z.B. Ungeduld und motorische Unruhe, korrelierten signifikant mit Lebenserfolg aber Überlastung und Ärger nicht - schließen sie daraus:

"dies legt nahe, daß man den "Typ-A" trotz guter interner Übereinstimmung nur unter bestimmten Bedingungen als einheitlichen Typ werten kann. Er präsentiert sich eher als einer von verschiedenen Streß-, reaktions-, bzw. Bewältigungstypen".

Ein anderes Ergebnis dieser Untersuchung war, daß die Bipolarität der "Typ-A"- und "Typ-B"-Kontinuum nicht bestätigt werden konnte.

1983 berichteten BRENGELMANN, KETTLER, CASPAR und MÜLLER bestätigende Neuresultate aus einer Untersuchung zur "Lebensmeistersung". Hierbei untersuchten sie 251 Patienten mit verschiedenen psychosomatischen Krankheiten auf 32 Faktoren. Sie fanden, daß "Typ-A eindrucksvolle Beziehungen sowohl zur Durchsetzung als auch zur Nachgiebigkeit, zur Einsatzfreude als auch zur Machtlosigkeit zeigt" und sie schließen erneut daraus, daß der Typ-A "ein dissonanter Typ ist, der mit inkompatiblen Strebungen gleichzeitig fertig werden muß, nämlich positiven und negativen Formen der Meisterung im weitesten Sinne".

GLASS (1977) stellte ein 2-Phasen-Modell der typischen Streßreaktionen von Typ-A-Individuen auf, nach welchem zuerst eine Hyperaktivität - Versuch, die Streßsituation zu bewältigen - beobachtet wird. Nach erfolglosen Ergebnissen tritt dann die zweite Phase ein, die durch Passivität, Hilflosigkeit und Kontrollverlust, gekennzeichnet ist.

Biochemische Untersuchungen zeigten, daß in der ersten (Hyperaktivitäts-) Phase ein erhöhter Noradrenalin Spiegel die Streßreaktionen begleiten. Während in der zweiten (Passivitäts-) Phase eine Dominanz des zentralcholinergen Adrenalin beobachtet wird (FRIEDMAN, ROSENMAN, BRAND und SCHOLZ, 1976; SCHAEFER und BLOMKE, 1977).

In einer Untersuchung mit 212 Kölner Polizeibeamten fand SCHMIDT (1983) keine biochemischen Parameter für die 4 - nach absteigender Ausprägung des Typ-A-Verhaltens zusammengestellten - experimentellen Gruppen. Ebenso fand er in Bezug auf Rauchgewohnheiten, wie auch bei systolischen und diastolischen Blutdruck-Ruhewerten keine signifikanten Korrelationen. Während der Interviews reagierten jedoch die "Typ-A"-Versuchspersonen mit höherer Herzfrequenz und höherem Blutdruck. Dies weist auf eine biochemisch-sympathische Aktivierung hin, die das Herzkreislaufsystem belastet.

Obwohl aufgrund der strukturierten Interviews eine sonstige Gruppenunterscheidung möglich war, läßt sich jedoch heute noch nicht sagen, inwieweit sich Normen amerikanischer Verhaltensmuster auf den deutschen Bürger übertragen lassen.

2. Soziale Kompetenz

2.1. Definitionsansätze

Nur durch das Berücksichtigen von sozialen Faktoren ist es uns möglich, die Kongruenz bzw. Dissonanz zwischen einem Individuum und seiner Umwelt zu verstehen.

Die Begriffe "soziale Kompetenz", "Inkompetenz", "Anpassung" oder "Insuffizienz" wurden schon von vielen Autoren definiert. ZIMMER (1978a,b), ULLRICH DE MUYNCK und ULLRICH (1976, 1978) widmen in ihren Arbeiten der Operationalisierung einen großen Raum.

NITSCH und HACKFORT (1981) bemerken jedoch, daß das Interesse der Forscher und auch der Öffentlichkeit eher dem partiellen Aspekt der kognitiven Kompetenz und ihrer Entwicklung, als der sozialen Kompetenz, als Störung der Selbstverwirklichungs-, bzw. Verselbständigungsprozesses, gilt.

In gegenteiliger Meinung zu HABERMAS (1973), der es für aussichtsreicher findet, wenn man die menschlichen Kompetenzen nach ihren entwicklungsgeschichtlichen und phasenspezifischen Bildung in Sprachkompetenz, kognitive Kompetenz und Rollenkompetenz unterscheidet, subsumierten WINE und SMYE (1981) sämtliche Arten der Kompetenzen in dem prägnanteren Begriff der "social competence":

"social competence is that the competent individual actively defines what he or she wants in a social situation, and furthermore, possesses the skills to actualize the individual defined goals in the context of specific social situations".

Dem Individuum wird hier die Selbstsicherheit und Selbständigkeit zugerechnet, die man sonst im realen Leben kaum findet: er definiert seine sozialen Aktionen und besitzt die Fähigkeit, sie zu verwirklichen.

Die Widerstände, die man dabei von der Gesellschaft erfährt, versetzen jedoch viele Menschen in großen Streß. Dabei kann Streß das Ziel dermaßen einschränken, daß man bald das Gefühl der "Inkompetenz" entwickelt.

In der Erforschung sozialer Zusammenhänge mit Streßerleben und Krankheit, spielt allerdings die soziale Störung konträre Rollen. Auf der einen Seite die eines streßauslösenden Faktors, andermal ist sie das Ergebnis des Lebensstreß selbst.

NITSCH (1981) differenziert daher die 3 Annahmen, wie folgt:

- a) Streß kann sozial bedingt sein,
- b) Streß kann sich im Sozialverhalten manifestieren, und
- c) Streßbewältigung ist ein soziales Geschehen.

"Nicht nur Stressoren haben - unabhängig davon, ob es sich um physikalische oder soziale Einflüsse handelt - meist einen gesellschaftlichen Hintergrund, sondern dies gilt im besonderen Maße auch für die individuellen Streßreaktionen" (NITSCH, 1981).

So wird Inkompetenz zur Streßquelle sozialer Beziehungen, während diese wiederum als Stressoren bei der Entstehung oder Aufrechterhaltung sozialer Inkompetenz fungieren.

Auf diese Wechselwirkung der Stressor-Streß-Verursachung weist auch TSCHAKERT (1981) - mit der Vorstellung einer Streßmodifikation durch soziale Faktoren - hin:

"a) Der jeweilige soziale Kontext kann einen Einfluß auf das Streß-Erleben ausüben, d.h. bestimmte Stressoren können in Abhängigkeit vom sozialen Kontext als stärker oder als weniger stark bedrohlich erlebt werden",

wie auch

"b) der jeweilige soziale Kontext kann einen Einfluß auf die Streß-Verarbeitung ausüben, d.h. die subjektiv erlebte

Bedrohung durch den Stressor kann in Abhängigkeit vom sozialen Kontext besser oder schlechter verarbeitet werden".

Sehr oft wird der Kompetenz ein Copingcharakter und der Inkompetenz eine Streßnatur verliehen.

WINE und SMYE (1981) unterschieden dennoch zwischen "social Competence" und "Coping":

"Social competence" is also a summation of how well the person functions (social effectiveness) in a variety of social settings. As in the case of coping competence, social competence is known best from actual knowledge about how the person manages a variety of social situations. That is, coping refers to the management of stressful transactions, which include not only social encounters, but physical, physiological, and impersonal demands as well. Social competence, in turn, refers to the management of any social encounter, whether stressful or not",

Diese stringente Unterscheidung, wie sie viele Autoren wünschen, ist pragmatisch nicht möglich, weil sich im realen Leben die Kompetenzen überlappen. Aus diesem Grunde sollte, nach WINE und SMYE (1981) lediglich von "Kompetenzen" die Rede sein.

Die Bewältigungsmöglichkeiten und Maßnahmen, die ein Mensch sich in sozialen Streßsituationen ausdenkt, aussucht oder einsetzt, werden aber immer von den Normen und Werten beeinflusst, die wir durch soziale Lernprozesse internalisiert haben. Sie entscheiden letzten Endes, wann, wo und u.a. wie wir auf eine soziale Situation reagieren.

Das Verfügen über angemessenen Coping-Mechanismus ist dabei - unabhängig von der Qualität moralischer Werte - eine entscheidende Komponente der Kompetenzeinschätzung (NITSCH und HACKFORT, 1981).

Für SELIGMANN (1975) muß diese Einschätzung aber dann mit der Vorhersage einer positiven oder negativen Konsequenz seiner Reaktion einhergehen. Erkennt das Individuum doch, daß es letzten Endes egal ist, ob es reagiert oder nicht, so verfällt es in eine "erlernte depressive Hilflosigkeit".

In seinem Konzept eines "ecological social systems" unterscheidet MOOS (1977) die Möglichkeiten, die die Arbeitsstelle und die Familie, zur Gestaltung der sozialen Interaktion, anbietet. Er konzipiert dabei die 3 Ebenen "Relationship", "Personal development" und "system maintenance and system change" (siehe Abbildung 24).

In allen diesen 3 Ebenen wird die soziale Kompetenz des Menschen unter Beweis gestellt. Aus diesen "ecological sets" und ihren Kontexten entstehen "stressful"-Situationen - oder nicht.

ULLRICH DE MUYNCK und ULLRICH (1978) berichten von den Studien BRONFENBRENNER (1970), welche die amerikanischen und russischen Schulsysteme analysierte. Er fand, daß der amerikanische Erziehungsstil das Konkurrenzverhalten fördert und damit konsequenterweise antisoziales Verhalten.

Zum Einfluß von Erziehungsstilen auf die soziale Kompetenz fanden LANGER et al. (1973), daß "Kinder von Müttern mit warmen, wertschätzendem, weniger lenkendem und stärker stimulierendem Verhalten signifikant mehr Spontaneität und Selbständigkeit zeigten, als Kinder von Müttern mit restriktivem Verhalten".

Im gleichen Maße wie soziale Kompetenz streßreduzierend wirkt (coping-dimension), wird Leistungsstreß (z.B. voller Terminkalender) zum Beweis sozialen Prestiges.

HABERMAS (1973) stellt daher ein "universalpragmatisches Regelsystem für die Auszeichnung von Kompetenzen" auf, in dem eine "Integration des kognitiv kompetenten Ichs, mit dem kommunikativ kompetenten Ich" entsteht, durch welche dann erst eine Rollenkompetenz möglich wird.

NITSCH (1981) betont dennoch, daß sowohl für das Affiliationsverhalten, wie auch für das Interaktionsverhalten ein umgekehrt u-förmiger Zusammenhang zwischen Streß und Sozialverhalten angenommen wird. Dies impliziert, daß bei geringem und hohem Streßgrad die Tendenz zur sozialen Reaktion stark ich-orientiert ist. Dadurch wird die soziale Kompetenz eines Individuums zur sozialen Anpassung in Frage gestellt.

Abb. 24: SOCIAL ENVIRONMENTAL DIMENSIONS OF WORK AND FAMILY SETTINGS

SETTING	RELATIONSHIP	PERSONAL DEVELOPMENT	SYSTEM MAINTENANCE AND SYSTEM CHANGE
Work	Involvement Peer cohesion Staff support	Autonomy Task orientation	Work pressure Clarity Control Innovation Physical comfort
Family	Cohesion Expressiveness Conflict	Independence Achievement-orientation Intellectual-cultural orientation Recreational orientation Moral-religious emphasis	Organization Control

Aus MOOS, 1977

2.2. Streß und sprachliche Kompetenz

WITTGENSTEIN (1967) sah in der Sprache die höchste Form des kommunikativen Handelns des Menschen. Er sagte: ".. die Grenze unserer Sprache ist auch die Grenze unserer Welt".

Auf die sprachliche Kompetenz bezogen würde das bedeuten, daß je stärker seine sprachliche Inkompetenz ist, desto begrenzter ihm die Welt sein wird!

MILLER (1965) sah die Menschen in einer Hierarchie von Subsystemen (Moleküllen, Zellen, Organen, usw.) und von Supersystemen (Familien, Gesellschaft, usw.) organisiert.

In jedem dieser Systeme sind ihre Elemente durch ein Kommunikationssystem verbunden.

UEXKOLL (1979) weist darauf hin, daß wir einen lebenslänglichen sprachlichen Lernprozess durchmachen, welcher in engem Zusammenhang mit Streßgeschehen in uns steht.

Vor allem der Regelkreis, der diesem Kommunikationssystem innewohnt, kann auf den Menschen streßvoll wirken:

"Wir können nur verstehen und verändern, was wir auf Grund verfügbarer Modelle deuten können; denn Modelle enthalten Programme mit Deutungs- und Handlungsanweisungen. Modelle können wir nur für Phänomene entwickeln, die wir vorher beschrieben haben. Beschreiben aber können wir nur mit Worten, also in der Sprache, die wir beherrschen".

In diesem Regelkreis spielt die sprachliche Kompetenz eines Menschen eine entscheidende Rolle. Im Falle einer ausgeprägten sprachlichen Inkompetenz wird sich der Regelkreis als zunehmend streßvoller erweisen.

HABERMAS (1973) sieht die Sprache allerdings anders. Er betont, daß

"... auf sprachlicher Ebene können Verhaltenserwartungen, die kontextunabhängige und identische Bedeutung haben, und dadurch die Objektivität gesellschaftlicher Tatsachen erlangen, regulierende Funktionen übernehmen".

Die sprachliche Kompetenz ermöglicht eine bessere Kommunikation mit der Umwelt. Dadurch entwickelt sich ein tieferer Integrationsprozess zwischen dem Individuum und seiner Umwelt und das in dem Maße, in dem die Integration erfolgt, verringert sich auch der soziale Streß, hinsichtlich der Bestrebung und Bemühung nach Gruppenzugehörigkeit.

Die Integration bewirkt gleichzeitig eine Aufhebung der sozialen Isolation.

BOHLER (1971) hat die sprachliche Kompetenz verschiedener Gruppen untersucht und festgestellt, daß Sprachverhalten mit der Größe des Wohnorts, Fernsehgewohnheiten des jeweiligen Individuums, seine Freizeitgestaltung und seine Beziehungen innerhalb der Familie, korreliert.

Auch BERNSTEIN (1972) fand eine deutliche Beziehung zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und sprachlichem Verhalten bzw. Sprachniveau.

Personen, die zur "Unterschicht" gehören, neigen dazu, sprachliche Stereotypisierungen, Mangel an Exaktheit und eine Abneigung gegen abstraktes Denken, zu zeigen.

Dagegen bevorzugen Menschen mit "elaborierten Coden", die zur "Mittelschicht" gehören, einen individualisierten und differenzierten Kommunikationsmodus.

2.3. Streß und soziale Kompetenz

In einem "Cognitive-Attentional-Construct" befaßte sich WINE u. SMYE (1981) mit der Angstforschung der letzten Jahrzehnte und fand ausreichende Belege dafür, um daraus zu schließen, daß sowohl "verbales Ungeschick", wie andere "soziale Insuffizienzen" von der individuellen sozialen Lerngeschichte geprägt werden.

SARASON (1981) stellt in einer Untersuchung mit 352 Akademikern fest, daß "social supports" einen positiven Effekt in der Formung von starker "Ängstlichkeit" spielt.

Ähnliche Ergebnisse erzielte auch SAALFELD (1980). Sie fand hohe Korrelationen zwischen Angst (Trait), Neurotizismus und sozialen Ängsten.

Angst vor Anerkennungsverlust, vor Blamagen und dergleichen, d.h. vor Verschlechterung der sozialen Position, kann dazu führen, daß soziale Beziehungen und Kontakt gesucht werden. Dies allerdings nur als Alternative zur Angstminderung bzw. Angstvermeidung.

Der Verlust sozialer Identität und Kompetenz geht immer mit Angstprozessen einher.

NITSCH (1981) erläutert dies anhand eines Beispiels zum Kompetenzverlust bei Unfall-Behinderten, das aber auf alle anderen Situationen sozialer Inkompetenz übertragbar ist:

".. man wird nicht mehr wie bisher als Vorbild oder kompetente oder glaubwürdige Informationsquelle anerkannt, verliert Weisungs- und Kontrollbefugnisse, gilt nicht mehr als gleichberechtigter Interaktionspartner (auch dort nicht mehr, wo dies früher der Fall war) oder - was nicht minder schlimm ist - man gilt überhaupt nicht mehr als Adressat sozialer Handlungen anderer".

Solche sozialen Abwertungen hängen aber nicht immer von den Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen ab, sondern werden ihm durch die soziale Rollenzuschreibung festgelegt. So erfahren oft Individuen, die Bewältigungstechniken für solche sozialen Streßsituationen entwickeln, soziale Verhaltensvorschriften und Barrieren, die seinen Einsatz bejahen oder verbieten. Im letzten Fall wird er für "inkompetent" erklärt, obwohl er durchaus "kompetent" ist und bleibt.

NITSCH (1981) unterscheidet daher zwischen Kompetenz-Konflikten ("Diskrepanzen hinsichtlich Fähigkeiten, Möglichkeiten und Lösbarkeit") und Valenzkonflikten ("Diskrepanzen hinsichtlich Bereitschaften, Anregungen, Aktivitäten").

MEICHENBAUM (1979) entwickelte hierfür das "Streß-Immunisierungs-Konzept", in welchem die Verfügbarkeit von Handlungskompetenzen (kognitiven, sprachlichen und sozialen) zum Zweck der Streßkontrolle sensibilisiert wird.

Während MEICHENBAUM auf die kognitiven Kompetenzen ansetzt, betonte SALTER (1949) die Gefühle und interpretierte soziale Inkompetenz als "eine Hemmung des Handelns und Fühlens".

ROTTER (1966) untersuchte, ob diese Kontrollinstanzen, die eine solche Hemmung sozialen Verhaltens auslösen, internal oder external wäre und stellte fest, daß Personen aus der "Unterschicht" glauben, daß sie von externen Faktoren kontrolliert werden, bzw. eingeschränkt werden. Sie glauben auch, daß sie sich aus diesen Gründen in der Gesellschaft nicht durchsetzen können.

Allerdings fanden SCHWARTZ und GOTTMAN (1976), daß sich Individuen mit geringem Durchsetzungsvermögen nicht unterscheiden von anderen mit hohem Assertiviness, bezüglich des Wissens, was adäquates Reagieren wäre. Erst im manifesten Verhalten

dieser Reaktionen zeigen sie sich "low-assertive".

BANDURA (1977), FIEDLER und BEACH (1978) formulierten daher die Forderung, nicht die Werte von "low-assertiven" zu therapieren, sondern die Veränderung ihrer eigenen Erwartungen bezüglich der Konsequenzen ihres Verhaltens zum "focus of competence training" zu gestalten.

GRAUMANN (1974) glaubt dennoch, daß es eine soziale Erwartung gibt, von der wir uns nie ganz befreien können, nämlich die, die an uns von aussen her gestellt wird:

"Die Anderen tragen Erwartungen an uns heran, die wir nur erfüllen oder verfehlen und damit enttäuschen können. Den Schatten der mitmenschlichen Rollen können wir nicht überspringen!".

Den positiven Beitrag der sozialen Kompetenzen zum allgemeinen Wohlbefinden konnte LOTZ (1980) in einer Untersuchung mit Schülern bestätigen. Zu den sozialen Faktoren, die hoch mit Wohlbefinden und Glück korrelieren, zählen in seiner Untersuchung: Beliebtheit, Durchsetzung, Selbstzufriedenheit und Anerkennung.

TURNER (1981) berichtete ebenfalls vom positiven Effekt, der "social supports" auf das psychische Wohlbefinden, wie auch auf die Reduzierung von Streßlevels. Allerdings verändern sich mit Zunahme der physikalischen Umweltstressoren bestimmte soziale Streßformen.

NITSCH (1981) gibt hierfür ein sehr einleuchtendes Beispiel, nämlich die Bevölkerungsschichten in den modernen Hochhaus-siedlungen:

"Die geringe physische Distanz zu anderen wird durch erhöhte soziale Distanz auszugleichen versucht".

3. Coping

3.1. Definition und Konzepte

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Streß führt unmittelbar zum Begriff Coping hin.

Von der Geburt bis zum Tod, jeden Tag und jeder Situation sind wir bewußt oder unbewußt damit beschäftigt, einen entsprechenden Coping zur Bewältigung einer Situation zu finden, zu gestalten oder auszuführen.

In Anlehnung an die Aussage SELYEs "Streß beherrscht unser Leben" könnte man eigentlich allgemein sagen: "Alles Leben ist Coping!" Denn überall, wo der Mensch sich befindet, ist sein Organismus mit Coping-Maßnahmen beschäftigt.

ROSKIES und LAZARUS (1982) betonen, daß:

"how people cope with stress is even more important to overall morale, social functioning and somatic health than the frequency and servity of the stress episoden themselves".

MEICHENBAUM und TURK (1982) sind der Meinung, daß

"it is the Nature of the coping process and not the demands per se that determine the occurenece and extent of disease".

Viele Autoren unterscheiden die Arten der Streßbewältigungsreaktionen des Menschen grundsätzlich als offenes oder als internes Coping. Während sich die offene Coping-Reaktion mit Veränderungen der externalen Umweltbedingungen beschäftigt, findet der interne Coping vorwiegend auf intrapsychischer Ebene statt (KROHNE und LAUX, 1982; LAZARUS, 1966; LAUX und VOSSEL, 1982).

RAY, LINDOP und GIBSON (1982) erwähnen ebenfalls einige Forscher, die das Coping-Verhalten der Individuen vorzüglich in 2 übergreifende Kategorien zusammenfassen:

- a) Menschen, die in Streßsituationen nur sehr gering, öfter gar kein Interesse für die problematischen Aspekte der Situation und ihrer Implikationen, zeigen. In der Regel neigen solche Menschen dazu, jegliche intensive, analytische Auseinandersetzung zu vermeiden. Sie haben offenbar sogar eine deutliche ablehnende Haltung dagegen. Veränderungsmaßnahmen werden in der externalen Umwelt vorgenommen.
- b) Im Gegensatz dazu zeigen andere Individuen großen Drang zur aktiven Bewältigung der Streßsituation durch Veränderungen in der eigenen Einstellung und im eigenen Verhalten.

Die erste Bewältigungs-Reaktion wird "Defence" oder "Ablehnung" benannt, während bei der zweiten Reaktion die eigentliche Bezeichnung COPING ist.

KROHNE und ROGNER (1982) verwenden dazu die Begriffe "overt" Coping-Strategie für den ersten Fall und "covert" für die intrapsychische Methode.

NITSCH (1981) bevorzugt die Bezeichnungen Meidung und Verarbeitung. Zur Meidung gehören Verdrängung und Ablenkung, zur Verarbeitung gehören Klärung und Umbewertung.

Unabhängig von der Art der Bewältigungsstrategien ist allerdings die Erkenntnis, daß die Folgen einer Streßsituation immer von der Fähigkeit zur Bewältigung dieser Situation abhängig ist.

SELYE (1976b) betont, daß diese Fähigkeit zwar individuell unterschiedliche Formen und Ausprägungen zeigt, daß sie jedoch in jedem Menschen begrenzt ist. Aus seiner Sicht ist bereits

das G.A.S (General Adaptation Syndrom) eine Strategie des Organismus zur Bewältigung der Streßsituation.

Ähnlich wie SELYE mit dem G.A.S sehen auch viele Autoren die Angst als eine Art von Coping-Verhalten, welche wirksam oder schädlich, adäquat oder nichtadäquat sein kann.

SALTZ (1970) und ERIKSEN (1966) betrachten in ihrem Postulat des defensiven Verhaltens die Angst als eine individuelle Coping-Reaktion und hypothetisieren, daß hoch ängstliche Menschen dazu neigen, ihre Ängste zu rationalisieren bzw. intellektualisieren, während weniger ängstliche Individuen Vermeidungsstrategien bevorzugen.

SARASON (1975) und HOUSTON (1982) fanden dagegen, daß hoch-ängstliche Personen dazu tendieren, kognitive Copingstrategien zu lassen und statt dessen sich in Grübeleien und Sorgen vertiefen.

Die Effektivität der mannigfaltigen Copingstrategien der Menschen ist sehr unterschiedlich. Sie hängt von vielen und komplexen Faktoren ab, die sowohl in den vorgegebenen Umweltbedingungen, wie in der konstitutionellen Disposition, die der Persönlichkeit, in der biologischen Verfassung und in der psychischen Befindlichkeit zu finden sind.

Einige dieser Strategien werden dennoch als palliative Coping-Maßnahmen allgemein anerkannt. Ihre Ineffizienz wird dadurch erklärt, daß sie keine Bewältigung der Streßsituation erzielen, sondern lediglich ihre Behebung. Zu den bekanntesten solcher Copingmechanismen gehört die Einnahme von Medikamenten, u.a. von Psychopharmaka (LAUX und VOSSEL, 1982; NITSCH, 1981).

CAPRA (1983) kritisiert ebenfalls die geläufige medizinische

Vorstellung vom Umgang mit Streßsituationen, in welcher keine Möglichkeit zur Selbstkontrolle der Streßgenese gegeben wird.

Diese Auffassung von Coping beinhaltet die Vorstellung des Organismus als eine Maschine. Krankheiten oder Streßsymptome werden als "Panne" betrachtet, die durch Eingabe chemischer Mittel sofort behoben werden sollen.

Die Verwendung inadäquater Copingmechanismen zur Kontrolle von Streßsituationen kann aber wiederum neue Streßquellen verschaffen. Dabei verstärkt die Copingstrategie nicht nur die Streßbeeinwirkung auf den Organismus, sondern wird selbst zum Stressor. LUMSDEN (1975) stellt dies auf übersichtliche Weise in Abbildung 25 dar.

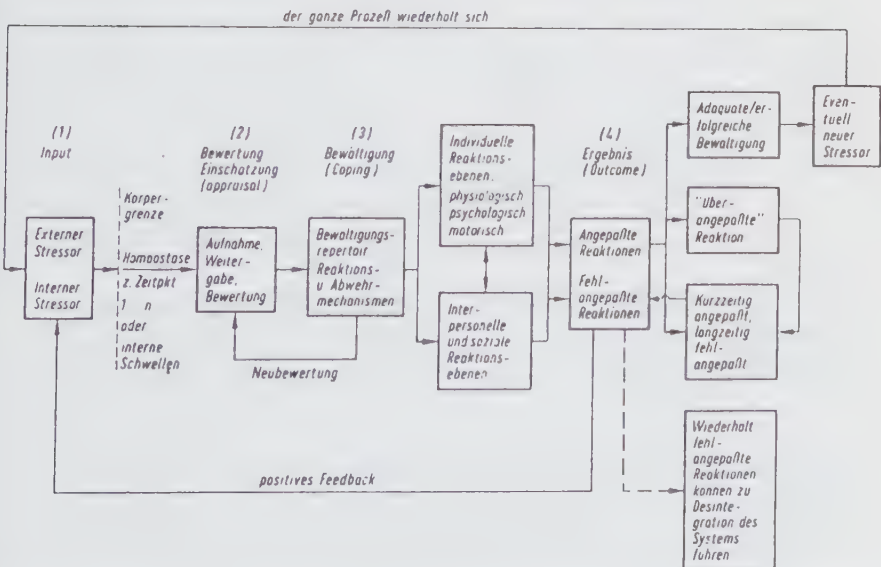


Abb. 25: Schema der Verarbeitung und Bewältigung von aversiver Reizung (nach Lumsden, 1975). (aus: BIRBAUMER, 1975)

Die umfangreiche Streß- und Copingforschung der letzten Jahrzehnte hat eine Fülle solcher falschen Bewältigungsstrategien überzeugenderweise empirisch bestätigt (BRENGELMANN, 1981, 1982, 1983; NITSCH und ALLMER, 1979; LOTZ, 1984, um nur einige zu nennen).

3.2. Psychologische Coping-Strategien

Wie schon erwähnt, gilt die psychologische Kontrolle der Streßauslöser und der Streßreaktionen als eine der effizientesten Copingstrategien.

Der Vorteil der psychologischen über die biologische Streßkontrolle ist, daß jene imstande ist, Ankündigungssignale wahrzunehmen und Bewältigungsmaßnahmen in Gang zu setzen, schon lange bevor die Stressoren den physikalischen Organismus erreicht haben. Psychologische Copingstrategien können daher präventiv eingesetzt werden.

"ROSKIES and LAZARUS (1979) have noted, that Coping is not simply a response to an event that has happened, but instead is an active process in shaping. What has happened and what will happen" (Zitat nach MEICHENBAUM und TURK, 1982).

Allerdings setzt solche Art von Bewältigungsstrategien "die effiziente Nutzung der in der persönlichen Umgebung zur Verfügung stehenden Ressourcen" wie auch "die Fähigkeit zur Selbststeuerung von Handlungen, entsprechende Fertigkeiten zur Durchsetzung, eine korrekte Selbstbewertung und begleitende positive Gefühlslage voraus" (BRENGELMANN, KETTLER, CASPER und MÜLLER, 1983).

Angesichts des großen Umfangs der Theorien, Modelle und Resultate zur Funktion, Erklärung, Klassifikation und Anwendung von Copingstrategien, werde ich hier sie nur stichwortmäßig erwähnen.

Zur gleichen Zeit wie LAZARUS (1966) - der in dieser Arbeit diesbezüglich schon häufig zitiert worden ist - entwickelte ROTTER (1966) sein Konzept der "Internal-External-Control".

MISCHEL (1968) und SELIGMAN (1975) gehen von der Assertivness bzw. gelernten Hilflosigkeit aus, um ein persönlichkeitsbezogenes Modell der "Lebensmeisterung" (BRENGELMANN) zu postulieren.

EYSENCK (1960) behauptete, daß die Extraversion der Lebensbewältigung dient.

Kognitivorientierte Autoren stellten die Hypothese der bewußten oder unbewußten subjektiven Bewertung auf, aus welchen die Copingstrategie entsteht (LAZARUS et al., 1970; LAZARUS und LAUNIER, 1978). 1980 formulierten FOLKMAN und LAZARUS die Annahme, daß "the identification of appraisal as a determinant of coping, or coping as a determinant of appraisal, is this provisional, depending upon where one interrupts the ongoing-dynamic relationship between the two". Zu einer empirischen Untersuchung zu "problem-focused" und "emotional-focused ways of coping" fanden sie, daß Männer eher "problem-focused-coping"-Strategien bevorzugen als die berufstätigen Frauen, aber sonst keinen signifikanten Geschlechtsunterschied in dem emotional-focused-Coping zu verzeichnen war.

MEICHENBAUM (1982) und PEARLIN und SCHOOLER (1978) betonen die protective Funktion des Copingverhaltens und entwickelten Copingverfahren bzw. die "Streß-Inokulations-Methode" oder das "Streßmanagement, in welchem 3 Elemente einen zentralen Aspekt einnehmen:

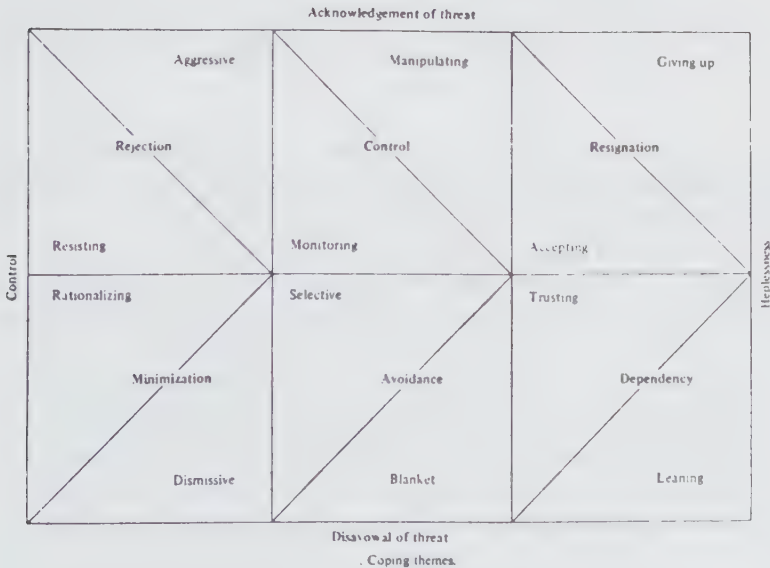
- a) Eliminierung oder Modifizierung der problematischen Streßbedingungen
- b) Wahrnehmung und neutralisierende Kontrolle ihrer Wirkungen und
- c) Kontrolle der emotionellen Reaktionen in problematischen Situationen.

Ein komplexeres Copingmodell wurde von HAAN (1977) aufgestellt. Er ordnete 10 allgemeine Bewältigungsprozesse in 4 Faktoren:

Kognitiver, reflexiv-intrazeptiver, aufmerksamkeitserschärfender und ein impuls- und affektregulierender Faktor. Aufgrund dessen fand er, daß coping immer realitätsbezogen, "defence" Realitätsverlust, und "fragmentation" eine eklatante Mißachtung der Realität implizieren.

In einem ähnlichen Verfahren stellte HOROWITZ (1979) ein Modell auf, in dem Coping, "defence" und Kontrollversagen als übergreifende Faktoren vorkommen.

RAY, LINDOP und GIBSON (1982) entwickelten ein dynamisches mehrdimensionales Modell der "Nichtanerkennung von Gefahr", welches in der Abbildung 26 dargestellt wird:



Es ist bekannt daß der sogenannte "Typ-A" von vielen Verfassern nicht als "Streß-Typ" angesehen, sondern umgekehrt als "Coping-Typ" dargestellt wird.

VICKERS, HERVIG, RAHE und ROSENMAN (1981) untersuchten 238 männliche "fraternal" und 238 männliche "identical" Zwillinge im Alter zwischen 42 und 57 Jahren mit dem JAS (Jenkins Activity Survey). Sie fanden, u.a., daß Typ-A-Individuen eine stark defensive Haltung und wenige Coping-Reaktionen zeigen. Sie assoziierten daher "Coping-Armut" mit dem Risiko zu koronaren Erkrankungen.

Wie BRENGELMANN, KETTLER, CASPER und MÜLLER (1983) berichteten, zeigt der Typ-A "sowohl eindrucksvolle Beziehungen zur Durchsetzungsverhaltensweisen, wie auch zur Nachgiebigkeit, zur "Einsatzfreude als auch zur Machtlosigkeit".

In dieser Ambivalenz wirkt der Typ-A daher als ein "dissonanter Typ, der mit inkompatiblen Strebungen gleichzeitig fertig werden muß, nämlich mit positiven und negativen Formen der Lebensmeisterung im weitesten Sinne".

Im Rahmen der STRESA-Forschung fanden sie auch eine hohe Korrelation zwischen Mangel an wirksamen Coping-Reaktionen und dem weiblichen Geschlecht.

Ähnliches stellten VINEY und WESTBROOK (1982) fest. In ihrer Untersuchung mit chronischen Erkrankten neigten die weiblichen Klienten signifikanterweise häufiger zu "Escapes"-Strategien. Die Tendenz zum Fatalismus und Passivität wurde bei denjenigen Klienten beobachtet, die einen "low social status and relatively little interpersonal involvement on social commitment" pflegten.

3.3. Coping und "SOCIAL SUPPORTS"

Die Relevanz der "Social Supports" zur Lebensmeisterung wird von vielen Autoren immer wieder betont.

Eine der bekanntesten Regeln zur Bewältigung von krankmachendem Streß von SELEYE war die aktive Teilnahme am Leben- und Sozialgeschehen und durch möglichst konfliktfreie Beziehungen zu den Mitmenschen "die Liebe Deines Nächsten zu gewinnen" (SELEYE, 1977).

DRESSLER (1980) untersuchte den Zusammenhang zwischen "coping dispositions, social supports and health status" und fand, daß in der Regel beim Vorhandensein weniger "social supports" der Blutdruck hoch war. Sowohl der systolische, wie der diastolische Wert. Er erarbeitete eine große Zahl der sozialen Variablen, d.h. Bewältigungsmöglichkeiten seiner Versuchspersonen in Streßsituationen und ihre physiologischen Reaktionen. Er schloß daraus, daß die "social supports", die in dem Copingverhalten direkt oder indirekt einbezogen werden, wichtige Determinanzfaktoren zu dem Gesundheitsstatus eines Menschen sind.

In dem systematisierten Ansatz von SCHÖNPFLUG (1979) geht zuerst ein "gestörtes Gleichgewicht", das nicht behoben wurde, oder ein "instabiles Gleichgewicht" einem Streßzustand voraus, welcher dann zur Erscheinung von Krankheiten und Auffälligkeiten führt. Derart gestörtes "Gleichgewicht" verursacht auch biologische und soziale Anpassungsschwierigkeiten.

Ein gewisses Maß an Anpassung, sowohl die biologische wie die soziale Anpassung, ist aber immer einer der entscheidenden Faktoren bei der Streßentstehung. Maßgebende Elemente der Anpassungsdeterminanz ist allerdings die individuelle Fähigkeit jedes Individuums, die erforderliche Einsicht dazu, die Einschätzung der Konsequenzen seines Verhaltens und das Ausmaß der Erwartungen, die an ihn gestellt werden.

Die Anpassung wird aber dann zum positiven Copingverhalten, wenn sie von positiven, befriedigenden Gefühlen begleitet wird. In diesem Sinne spricht TOLSTOI: "Glück liegt nicht darin, etwas machen zu können, sondern im Tun-wollen, was man machen kann".

LOTZ (1983) berichtete, daß BORCHETT (1977) weniger Angst und höhere Leistungsmotivation bei Schülern fand, die beliebt waren. Unbeliebte Mitschüler erwiesen stärkere Ängstlichkeit und schlechtere Schulleistungen auf.

Somit wird die Wechselwirkung zwischen sozialer Kompetenz und psychischer Gesundheit noch einmal deutlicher.

In einer früheren Untersuchung fand BUSSE (1955), daß ältere Menschen die gleichen Copingstile wieder anwenden, die sie schon in der frühen Jugend zeigten. Und dies unabhängig davon, ob er adäquat oder unwirksam war.

In allen Untersuchungen zu "Rollenkonflikten" (z.B. KAHN et. al., 1964), "sozialen Kommunikation" (PEPITONE, 1967), "sozialen Stressoren" (LEVI, 1972a), "Einfluß sozialer Faktoren" (MECHANIC, 1970) usw., wird der Effekt sozialer "Supports" nachgewiesen. Ihre Funktion im Coping-Verhalten ist allerdings unterschiedlich. So veranlassen sie in manchen Fällen eine instrumentelle, in anderen eine emotionelle Unterstützung. Direkt oder indirekt wirken sie dennoch streßrelativierend bzw. streßminimalisierend.

"Coping dispositions and social supports, or more precisely their interactions with stress, make independent contributions to health status" ... allerdings: "the perception of stress is the critical variable in stress and disease (DRESSLER, 1980).

III. PSYCHOSOMATISCHER STRESS

1. Streß und kardiovaskuläre Störungen

1.1. Somatische Aspekte

Die Auswirkung von Streß auf das kardiovaskuläre System verursacht zuerst eine momentane funktionelle Dysfunktion. Oberdauert dennoch der Streß, entsteht eine organische, irreparable Störung. RAAB (1970) hat festgestellt, daß die hohe Zirkulation von Kathekolaminen im Körper im Zusammenhang mit Pathogenesen der Herzfunktionen steht.

FRANKENHAEUSER, LUNDBERG und FORSMAN (1980) konnten zwar eine höhere Kathecolaminkonzentration bei Typ-A als bei Typ-B bestätigen, allerdings nur während einer Aktivität und nicht bei Ruhephasen.

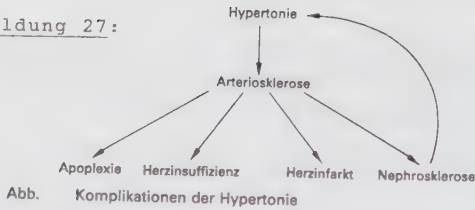
HENRY (1976) stellte fest, daß aggressive und dominante Handlungen eine Aktivierung des Sympathikus-Adrenalmedullar-Systems verursachen, während passive und subordinierendes Verhalten mit einer Aktivierung des Pituary-Adrenal-Cortical-Systems einhergehen.

LUNDBERG (1982) berichtet, daß HENRY (1976) auf seinen Untersuchungen basierend, die Annahme formulierte, daß adrenomedulare Reaktionen mit Koronarerkrankungen zusammenhängen und adrenokortikale Reaktionen mit Depression. Beide Reaktionen führen aber dann zur Entwicklung einer essentiellen Hypertonie.

Die Rolle der Hypertonie bei der Entstehung verschiedener Krankheitsbilder im großen Kreislauf wird in der Abbildung 27 dargestellt.

Über die Rolle von Streß bei der Entstehung von Stenosen, Ischämien, chronotropen bzw. ionotropen Dysfunktionen, wird in unzähligen Arbeiten und Untersuchungen berichtet. Generell gilt jedoch, daß das Auftreten von Schmerzen und momentanen

Abbildung 27:



Klepzig, 1982

organischen Veränderungen noch nicht ausreichender Anlaß zur Beurteilung der schädlichen Wirkung eines Stressors für den Organismus ist. Erst das Überdauern der belastenden Reizung, begleitet von einer subjektiven (negativen) Beurteilung der Streßsituation verwandelt den Streß in pathologischen Distress (VASCONCELLOS und MACRUZ, 1982).

Serologische Untersuchungen, wie die von VALEK und KUHN (1970) verdeutlichen die physiologischen Veränderungen bei Versuchspersonen mit und ohne Herzerkrankungen unter ähnlichen Bedingungen (siehe Abbildung 28).

Variable	CHD		Kontrollgruppen	
	Emotion	Erholungsphase	Emotion	Erholungsphase
Blutzucker	■	■	□	□
Freie Fettsäuren	■	▨	▨	▨
Cholesterin	■	□	□	□
Veresterte Fettsäuren	□	□	□	□
RR systolisch	■	■	□	□
RR diastolisch	■	■	□	▨
Herzfrequenz	■	■	■	□

■ $p < 0,001$ □ $p < 0,01$ ▨ $p < 0,05$ □ $p > 0,05$

Abb.28 :Signifikanter Anstieg des Blutzuckers, der freien Fettsäuren, des Serumcholesterins, der veresterten Fettsäuren, des systolischen und diastolischen Blutdrucks, der Herzfrequenz bei koronaren Herzkrankheiten und einer Kontrollgruppe während einer experimentell erzeugten emotionalen Belastung und in der Erholungsphase (nach VALEK u. KUHN).

Charakteristisch zum Di-Streß ist der psychische und physische Erschöpfungszustand. Diese Erschöpfung kann durch Überforderung, wie auch durch Unterforderung des Organismus und seiner Psyche, d.h. des Menschen als Ganzes, verursacht werden (BRENGLMANN, 1982).

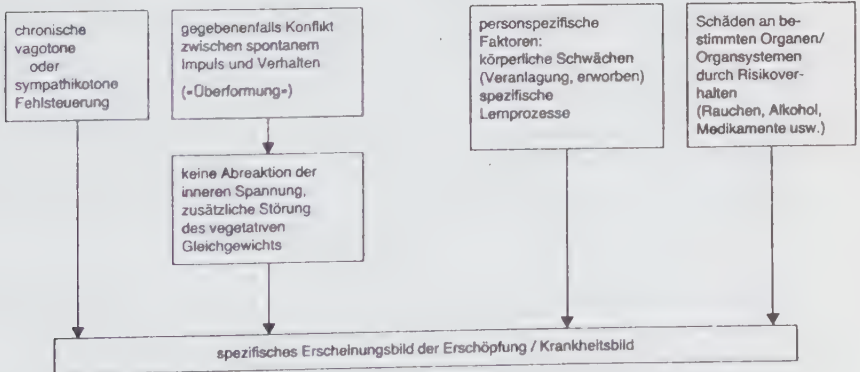
Im ersten Fall wird eine sympathikotone, in der Unterforderung eine vagotone Fehlsteuerung beobachtet (JULI, ENGELBRECHT-GREVE, 1978). (Siehe untenstehende Abbildung)

Abb. 29: Einflußfaktoren bei der Entstehung des Erschöpfungszustandes

Grundvoraussetzungen der Erschöpfung

+

Faktoren, die das individuelle Erscheinungsbild der Erschöpfung bestimmen



Häufiger als mit der Hypotension wird allerdings die Rolle vom Streß mit der Hypertonie untersucht, wie eingangs berichtet wurde.

SHAPIRO et al. (1979) bemerken, daß Hypertensive, Pre-Hypertensive und diejenigen, die genetisch zur Hypertension veranlagt sind, mit stärkeren Reaktionen auf Streßstimuli antworten. Sie betonen auch, daß, wenn bei ärztlichen Untersuchungen die emotional wichtigsten, u.a. traumatischen Erlebnisse anamnestisch erhoben werden, die Hypertension der Patienten höher mit diesem Lebensereignis als mit anderen Variablen, korreliert.

KAPLAN (1979) berichtete von Untersuchungen, die sowohl keine Korrelation zwischen Depression und Hypertension aufwies, wie auch von anderen Untersuchungen, die eine deutliche "Tendency to suppress emotions" bei den Hypertensiven evidenziierten.

MEESEN und POCHE (1963) erwähnten Streß als ein spezifischer Faktor neben Magnesium- bzw. Kaliumchlorid, der zur Veränderung der Kalzium- und Phosphorverhältnisse im Myokardio und somit zu pathomorphologischen Erscheinungen führt. Sie betonen, daß hinter den spektakulären Ergebnissen der endokrinologischen und microbiologischen Untersuchungen, u.a. im Bereich der Atheronen-Forschung beim Menschen, " ... sich die ganze Problematik der psychomotorischen und inkretorischen Streß-Wirkung verbirgt".

LARBIG und BIRBAUMER (1980) stellen den Einfluß von Kathecolaminen für den Herzinfarkt in 3 pathophysiologischen Phasen vor:

1. Eine Steigerung der Stoffwechselaktivität des Myokards, was zu erhöhtem Sauerstoffbedarf führt. Die Extrasystolien nehmen zu. Aldosteronbedingte Hybernatriämie und Hypokaliämie verursachen eine "energetisch-dynamische Herzinsuffizienz (HEGGLIN, 1947)".
2. Die koronare Strombahn wird durch spastische Vasokonstruktionen verengt. Wird die Streßsituation noch intensiver, so beobachtet man eine Sezession von Vasopressin.

3. "Die Gerinnungsfähigkeit des Blutes steigt, somit die Thrombosegefährdung (SCHAEFER und BLOHMKE, 1970)".

Die Vasokonstriktion wird als Auslöser von Hypoxien, die die Plaquetbildung fördern und so Atheromatosen verursachen.

KRANTZ et al. (1979) untersuchten 66 erkrankte Patienten, und fanden eine schnellere Progression der artherosklerotischen Obstruktion bei Typ-A-Individuen. Innerhalb der 17 Monate dieser Untersuchung, zeigten ihre Typ-B-Patienten keine oder unsignifikante Verschlechterung.

Auch in Bezug auf Organschädigungen verglichen SZMUILOWICZ und FLANNERY (1980) Patienten, die "primär" an einem Mitralvalveprolaps erkrankt waren, mit einer Gruppe von Patienten, in denen ein Mitralvalvevitium zufälliger Weise entdeckt wurde - "sekundäres MVP-Syndrome" - und schließlich mit einer anderen Gruppe von Herzkranken, welche keinen Mitralvalveprolaps hatten (Kontrollgruppe). Wie sie schon vorher beobachtet hatten, zeigten sich die primären MVP-Patienten ängstlicher und depressiver als alle anderen Untersuchten. Sie fanden keinen signifikanten Unterschied zwischen der "sekundären" MVP-Patientengruppe und der Kontrollgruppe in den untersuchten Variablen.

1.2. Psychosomatische Faktoren

SCHWARTZ, WEINBERGER und SINGER (1981) belegten in der Untersuchung von kardiovaskulären Veränderungen bei verschiedenen Emotionen (Angst, Wut/Zorn, Traurigkeit und Glückseligkeit, daß

"Anger clearly produced the greatest overall activation of the cardiovascular measures ... the "flight" response of anger differed from the "flight" response of fear in Termus as well as from all other conditions in Termus of greaten increases in diastolic pressure during imageny and greater increases in heart rate and slower recovery of sistolic pressure following exercise".

Ein Zusammenhang zwischen Arrhythmien und Angst wurden von STEVENSON et al. (1951) beobachtet.

Wenn Angst zu erhöhter Herzfrequenz führt, und Mitralvalveprolaps-Patienten ängstlicher sind, als sonstige Menschen, so läßt sich die Vermutung eines Zusammenhangs zwischen hohen Herzfrequenzen aufgrund psychischer Faktoren und Erkrankung stärker erheben, wie sie in folgender ätiologischer Annahme postuliert ist:

"die zusätzlichen 20 bis 30 Kontraktionen des Myokards in einer Minute, wie bei vielen Streßsituationen beobachtet wird, verursachen nach einiger Zeit exzessiver Arbeit Myokardhyperthrophien, komplexe chronische Dysrhythmien, Valvenvitien, Hypertensionen, Ischämien, Stenosen und somit die Erscheinung von kardialen Schmerzen wie auch von Kardio-pathien verschiedener Arten" (MACRUZ und VASCONCELLOS, 1982).

Außerdem berichtet LACHMANN (1972), daß ängstliche Patienten eine bis zu zehnfach beschleunigte Koagulationsgeschwindigkeit des Blutes aufweisen.

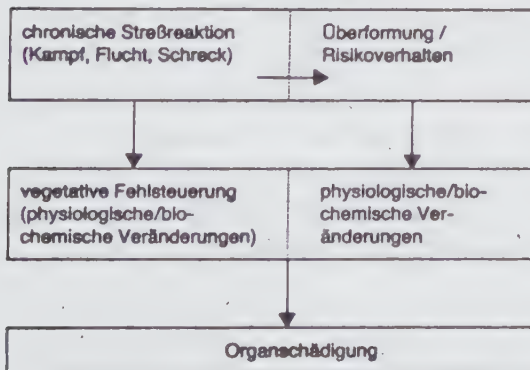
In Anlehnung an die "Life-events-Theorie" von HOLMES und RAHE (1967) untersuchte LAZARUS (1982) die alltäglichen Ereignisse

von 100 Versuchspersonen 1 Jahr lang und stellte fest, daß "der kleine tägliche Ärger" viel mehr krank macht als die großen Lebensereignisse.

Die Kontrolle über diesen Ärger erweist sich dennoch als eine nicht immer "positiv wirkende Verhaltensstrategie" belegten BRENGELMANN, MÖLLER, MAASS und HOHENBERGER (1981). Sie fanden einen signifikanteren Zusammenhang zwischen psychischen Druckfaktoren und 12 psychosomatischen Krankheiten, darunter auch die Hypertension.

Wie es zur Chronifizierung eines solchen Krankheitsbildes kommt, erläutern JULI und ENGELBRECHT-GREVE (1978) mit folgender Abbildung (Abbildung 30):

Abbildung 30 Psychosomatische Zusammenhänge bei verschiedenen Erkrankungen



Im Laufe der letzten Jahrzehnte verstärkte sich die Diskussion um das Determinanzpotential der Risiko- und der Streßfaktoren.

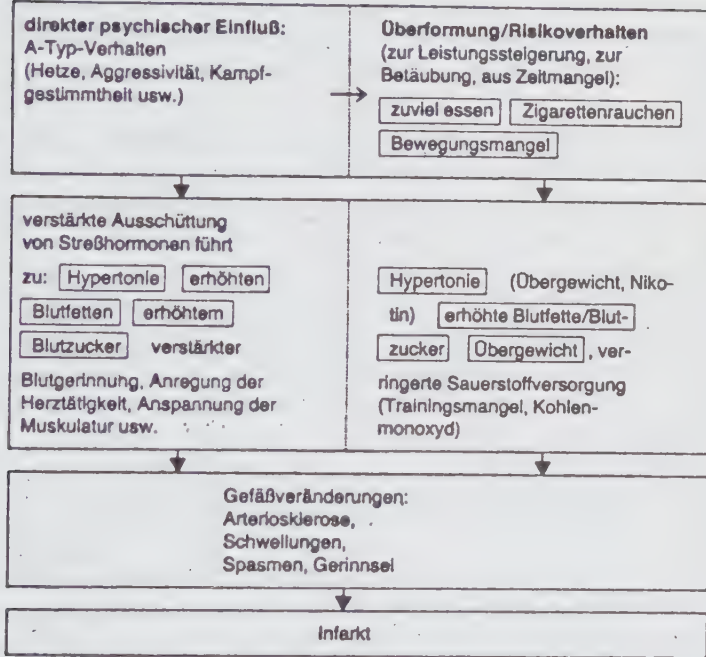
Als klassische bzw. "traditionelle Risikofaktoren" für koronare Herzkrankheiten erwähnen SCHAEFER und BLOHMKE (1977):

1. Alter
2. männliches Geschlecht
3. erhöhtes Serum-Cholesterin ab 250-275 mg/100ml
4. erhöhte Lipide, speziell Triglyzeride und Harnsäurewerte im Serum
5. systolischer und diastolischer Hochdruck (größer als 160/95 mm Hg.)
6. fettreiche Nahrung
7. Zigarettenkonsum von mehr als 20/die.
8. Diabetes mellitus
9. genetisch-konstitutionelle Faktoren, z.B. Tendenz zur autonomen Hyperaktivierung
10. spezielle Krankheiten, wie u.a. Hypothyreose
11. Adipositas
12. körperliche Inaktivität
13. EKG-Veränderung (Links-Herz-Hypertrophie).

Die Autoren betonen, daß schon das Zusammentreffen zweier solcher Faktoren eine hohe Wahrscheinlichkeit zur koronaren Erkrankung bedeutet, räumen aber gleichzeitig ein, daß die individuelle Varianz diesbezüglich relativ groß ist.

In der folgenden Abbildung (Abbildung 31) wird das Zusammenspiel dieser Faktoren, ihre physiologischen Korrelate und der Prozeß der Entstehung eines Herzinfarkts schematisch dargestellt (siehe S.86).

Abbildung 31 Psychosomatische Zusammenhänge beim Herzinfarkt



Stärker als solche Faktoren sind nach Auffassung von THEORELL und RAHE (1975) die Lebensereignisse, die vorwiegend 6 Monate vor dem Herzinfarkt auftreten.

GLASS (1977) beobachtete, daß Angst- und Depressionszustände in der Zeitspanne von 1 Woche bis 3 Monate vor dem Herzinfarkt auftreten.

LARBIG und BIRBAUMER (1980) gehen von den Theorien von LAZARUS und AVERIL (1970) und GLASS (1977) aus, um zu behaupten, daß das

"Wesentliche für die Pathogenese der Herzkrankheiten ist nicht die Summation äußerer Lebensereignisse, sondern vielmehr die individuelle Reaktion auf derartige Erlebnisse, die v.a. durch kognitive Bewertungsprozesse von kontrollierbaren oder unkontrollierbaren aversiven Stimuli determiniert werden".

Nicht ausschließlich kognitiv sind die Hypothesen, die HAYNES et al. (1978) in der bekannten "framingham-study" postulierten, in welcher der emotionalen Labilität die auslösende Funktion zur Angina pectoris, bei den Frauen, zugeschrieben wird.

In einer fast rebellierenden Haltung zur "Überbewertung des Typ-A- behavior patterns-Theorie" fragte MYRTEK (1981) "was ist nun an der Typ-A-Hypothese gesichert und wie bedeutsam ist ihr Stellenwert im Vergleich zu den übrigen Risikofaktoren der koronaren Herz-erkrankung?".

Mit einem Diplomarbeit-Ergebnis aus seinem psychologischen Institut begründete er seine konträre Auffassung zum Typ-A und stellt die Akzeptanz dieses Konzeptes in weiteren Bereichen der Wissenschaften zu einem "sehr ernstesten Problem" dar. "Das Gerede vom "Streß": Eine Gefahr für die Gesundheit. Das Streßkonzept bedeutet für den Patienten eine bequeme Krankheitserklärung, für die er letztlich auch keine Verantwortung zu tragen braucht", kommentiert er.

ERNST (1981) erwiderte ihm, u.a. mit dem Argument, daß seine Aussage - die Streßtherapie sei "letztlich relativ einfach: Weniger arbeiten und weniger Verantwortung übernehmen - was will man mehr?" - durchaus "reaktionär" wäre.

1.3. Characteristica Symptomatologica breve

1.3.1. Herz und Kreislaufsystem

Um die Gruppeneinteilung, die ich in der empirischen Untersuchung im brasilianischen Herzzentrum vorgenommen habe, verständlich zu machen (s. dazu Abschnitt B.3) scheint mir an dieser Stelle angebracht, eine kurze Zusammenfassung der kardiovaskulären Syndrome, so wie ich sie in meiner Arbeit berücksichtigt habe, kurz darzulegen.

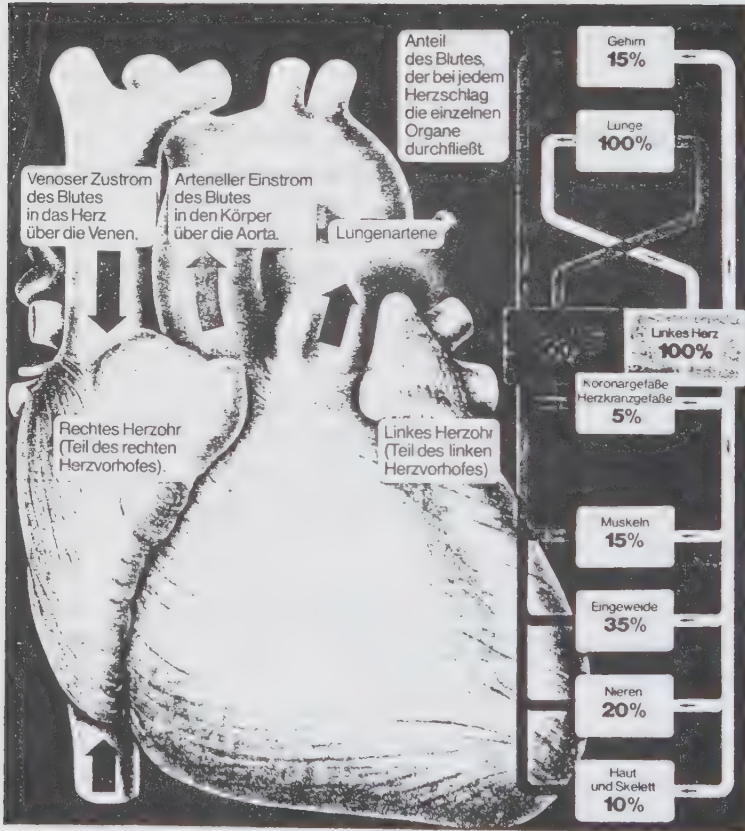
Herz- und Gefäßsystem haben eine gemeinsame Aufgabe, daher werden mit kardiovaskulären Störungen diejenigen Erkrankungen gemeint, die sowohl auf das Herz, als auch auf das Kreislaufsystem bezogen sind.

Fast immer ziehen Störungen in einem System das andere in Mitleidenschaft, so daß früher oder später sie sich gegenseitig bedingen und zu einer gemeinsamen Störung werden (siehe Abbildung 32).

Dank der hochentwickelten medizinischen Diagnostik ist es heutzutage meistens möglich, das krankheitsauslösende von dem mitbefallenen System zu unterscheiden.

In der Mehrheit der psychosomatischen Schriften über kardiovaskuläre Störungen wird aber dieser Begriff sehr allgemein und umfassend verwandt. Oft ist es nicht möglich zu erfahren, auf welche Erkrankung speziell der Autor sich bezieht, bzw. welche von ihnen er untersucht hat. Meistens fehlen spezifische Angaben über die Erkrankungen, die unter diesem Begriff subsummiert werden. Aus diesem Grunde werde ich hier versuchen, eine systematische Differenzierung der untersuchten kardiovaskulären Störungen meiner Stichprobe vorzunehmen, wie auch gleichsam ihre Zugehörigkeit zu einem oder anderem übergreifenden System darzustellen.

Abb. 32: Das Herz und das Kreislaufsystem



1.3.2. Kardiopathien

Mit Kardiopathien werden sämtliche Störungen gemeint, die mit dem Organ Herz und seiner Funktion im Zusammenhang stehen.

Es werden hierunter aber nur diejenigen Erkrankungen berücksichtigt, die auf das Herzorgan beschränkt sind. Alle anderen Störungen, die im Wirkungsbereich des Herzens liegen, wie auch diejenigen, die wegen Herzinsuffizienzen an anderen Stellen des Organismus - die nicht das Herz selbst meinen, - werden hier nicht den Kardiopathien zugewiesen.

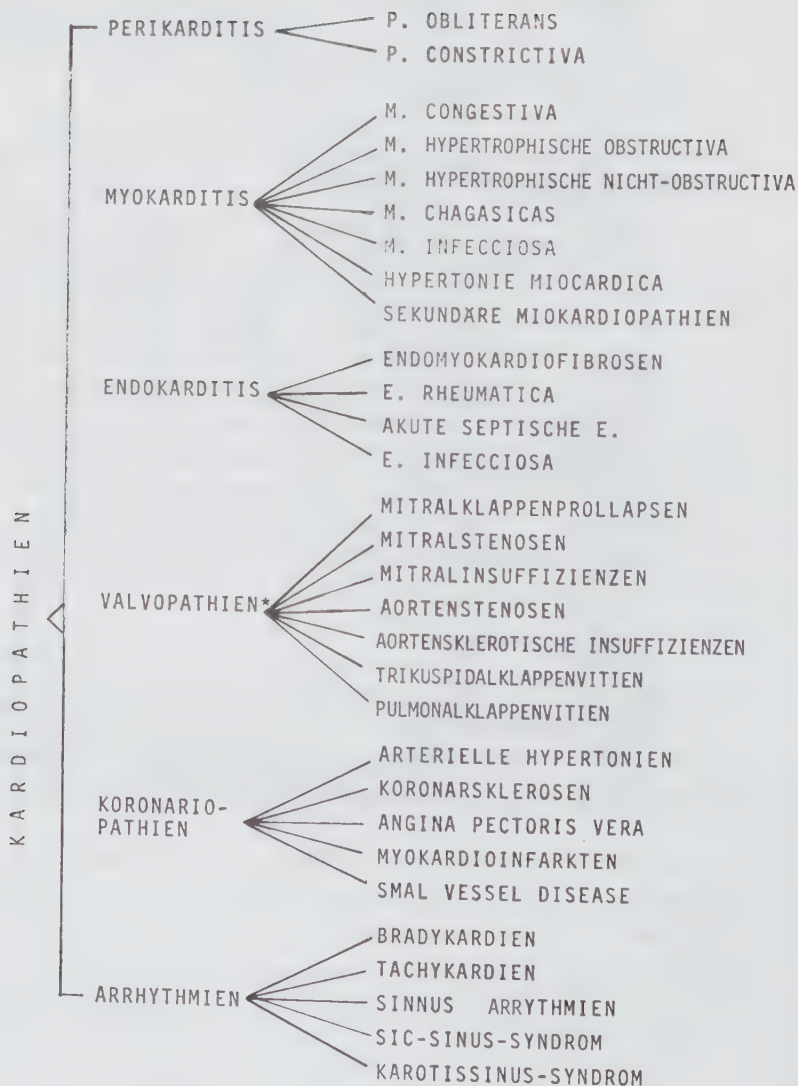
Kardiopathische Funktionen führen meistens und fast unweigerlich zu Störungen im vaskulären System. Diese werden aber hier als sekundär bedingte Symptome angesehen. Soweit aber diese vaskulären Erkrankungen im Bereich des Herz-Organes zu diagnostizieren waren, z.B. Herzinsuffizienz aufgrund einer oder mehrerer Koronarobstruktionen, Herzwandaneurysma, die durch sklerotischen oder nekrotischen Verschluß verursacht werden - dann werden sie als KARDIOKORONARE ERKRANKUNGEN bezeichnet. Somit werden alle Störungen der Herzkranzarterienast zu den Kardiopathien subsumiert.

Ischämie-Ausbildungen in den Gefäßkollateralen, die zu Myokardiopathien führen können, wie auch Koronarinfarkten - die abgekürzt MI (Myokardinfarkt) genannt werden - gehören beispielsweise zu solchen Kardiopathien.

Ausgehend von den pathophysiologischen Befunden der in der Stichprobe erfaßten Patienten, wurden die Stichprobengruppen gebildet.

Abbildung 33 stellt eine Zusammenfassung aller kardiopathen Syndrome dar, die in meiner Stichprobe einbezogen wurden.

Abbildung 33:



*Kongenitale Valvopathien wurden nicht einbezogen. So wie auch nicht: Offene Dulctus Butalle, Septumdefekte und Aortenisthmusstenosen.

Da alle dort erwähnten Herzerkrankungen den westlichen Kardiologen wohl bekannt sind, wird eine Beschreibung ihrer typischen Symptome an dieser Stelle überflüssig.

Lediglich die "Miocardipatia chagastica" bildet hier eine Ausnahme. Es handelt sich um eine ernsthafte Erkrankung des Myokards, die fast ausschließlich in den warmen lateinamerikanischen Ländern vorkommt, und speziell Brasilien und Argentinien betrifft.

Diese Protozon-Infektionskrankheit, die durch Trypanorama-cruzi-Erreger übertragen wird und verschiedene Organe befällt, zeigt u.a. folgende Symptome:

Lymphknotenschwellungen, Milz- und Lebervergrößerungen, My-ödeme in der Schilddrüse und Herzmuskelschädigungen. Abbildung 34 zeigt einen von "chagas" befallenen Myokard, Abbildung 35 eine schematische Darstellung koronarer Erkrankungen.

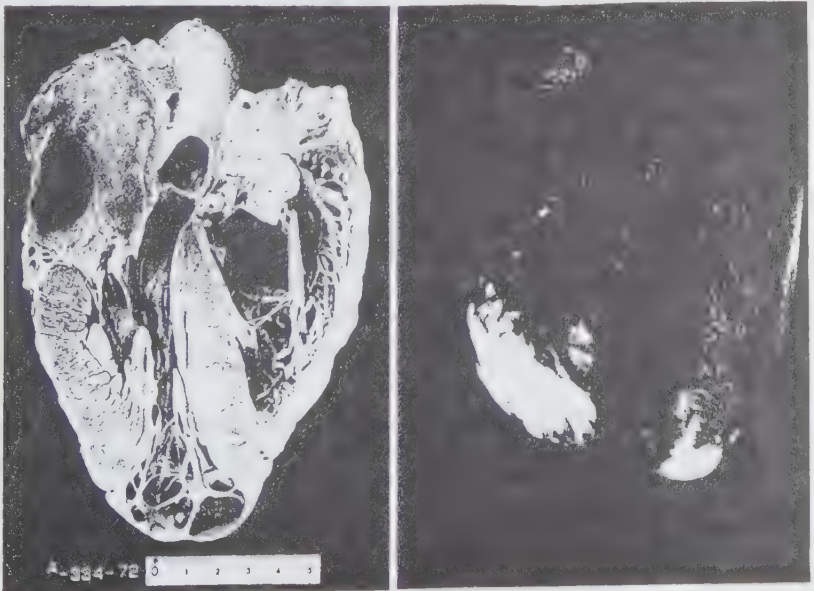


Abbildung 34: Myokardopathie von "Chagas"

Cardiopatía da doença de Chagas. Cortesia do Prof. Fritz Köberle (Fac. Med. Ribeirão Preto).

1.3.3. Vaskulopathien

Unter diesem Begriff werden sämtliche Erkrankungen und Schädigungen des Blutgefäßsystems durch erbliche, kongenitale oder postnatal erworbene Thrombopathien, Aneurysmen und verschiedener anderen Anomalien subsumiert.

Zur Noxologie der vaskulären Erkrankungen im Zusammenhang mit einer Herzinsuffizienz oder irgendeiner anderen Störung des Herzorganes werden 2 Theorien aufgestellt, welche die Entstehung der Störung proximal- oder distal-bedingt zu erklären versucht.

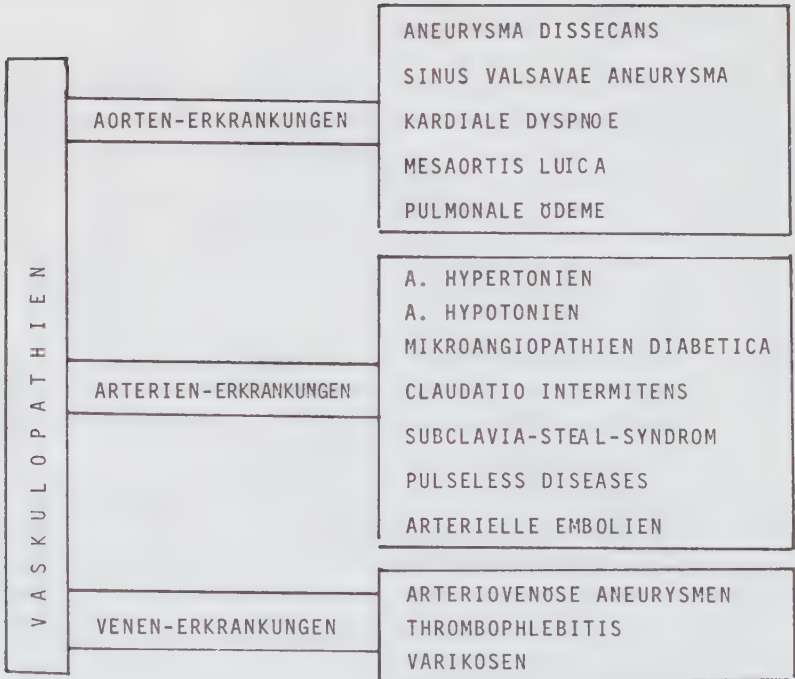
1. RUCKSTAUINSUFFIZIENZ ("backward-failure-Theory"). Nach dieser Theorie wird die "klinische Erscheinung der Stauungsinsuffizienzen durch eine passive Stauung der Venenäste verursacht, d.h. durch eine "rückwärts" vom Herzen entstehende Drucksteigerung stromaufwärts (d.h. proximal) der versagenden Herzkammern" (FRIEDBERG, 1972).
2. VORWÄRTSVERSAGEN ("forward-failure-Theory"). Im Gegensatz zu der oben erwähnten Annahme, die Störungen im Kreislaufsystem werden durch das Vorliegen eines nicht mehr ausreichenden Herzminutenvolumens verursacht. Die verminderte Blutversorgung der Organe wird durch die ungenügende Blutzufuhr erklärt.

Das klinische Bild der vaskulären Störungen orientiert sich nach dem Sitz und Ausfall dieser Anomalien, sowie auch nach dem Funktionsausfall der von den verschlossenen oder obstruierten Gefäßen versorgten Organe.

Die Abbildung 36 zeigt eine schematische Darstellung der erfaßten Vaskulopathien.

Blutdruckstörungen (Hypertonien, Hypotonien), artherosklerotische Erkrankungen und Herzinfarkte (Myokardinfarkte) sind die

Abbildung 36:



häufigsten Krankheiten und gleichsam Todesursachen in den industrialisierten Nationen.

Sicherlich aus diesem Grunde beschäftigen sich eine große Zahl der psychosomatischen Forscher mit diesen Erkrankungen.

Angesichts dieser Tatsache zeigen die Abbildungen 37 und 38 diese Störungen, ihre Symptome und Ursachen.

Eine Übersicht über die häufigsten prodromalen Symptome bei Herz- und Kreislaufstörungenregulationen, welche in dieser Untersuchung berücksichtigt wurden, stellt Abbildung 39 dar.

Abbildung 37:

Die klinischen
Verlaufsformen
der Koronarinsuffizienz

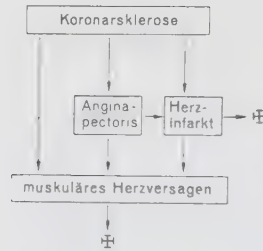


Abbildung 38:

Schematische
Darstellung
der hauptsäch-
lichen Ursachen
der Hypertonie
(nach RUSHMER)
modifiziert

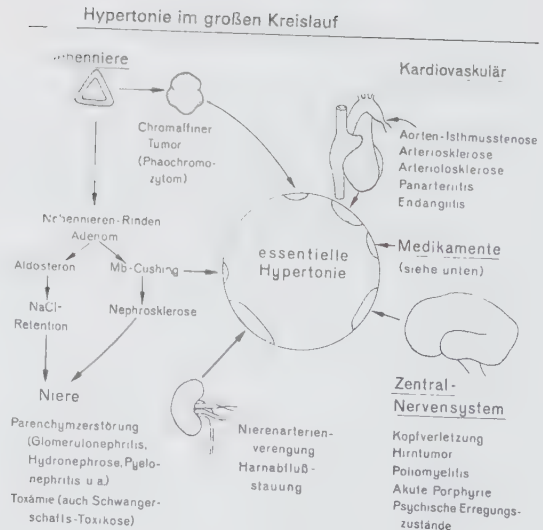


Abbildung 39:

Tabelle der prodromalen Symptome

Palpitation
Herzschmerzen bei Erregung
Herzschmerzen bei Anstrengung
Schwindelgefühle
Zyanose
Angstgefühl
Herzstiche
Sudorese
Cephalaea
Nervosität
Dyspnoe
Schlafstörung
Müdigkeit
Ungenügende Entspannung
Nausea
Husten
Empfindungslosigkeit
Kalte Hände und Füße
Hyperkinetische Unruhe
Ohnmachtsneigung
Brustkorbenge
Präkardialgie
Ödeme

2. Soziale Kompetenz und kardiovaskuläre Störungen

2.1. Sozialer Kontext psychosomatischer Störungen

Im Abschnitt 3 wurden die positiven und negativen Effekte der sozialen Stressoren auf die Identität, Selbstbewertung, Emotionalität und Kompetenz, aufgezeigt. Bevor hier aber auf die kardiovaskulären Erkrankungen eingegangen wird, scheint mir ein kurzer Überblick einiger theoretischer Konzepte zur Entstehung solcher Störungen angebracht.

Für LEVI (1972) kann jede psychosoziale Veränderung als ein Stressor auf den Organismus wirken. Er stellte in diesem Sinne ein einfaches Modell der interagierenden Variablen vor, welches in der Abbildung 40 dargestellt wird.

Ein ähnliches Konzept wie das von LEVI, ist das ätiologische Modell psychosomatischer Störungen von FERSTL (1980). In ihm zählen neben konstitutionellen Dispositionen zur Störung anfälligkeit einzelner Organe, vorwiegend die sozialen Lernprozesse eine entscheidende Rolle. Durch Imitationslernen beginnt das Kind, oder der Erwachsene, die Symptome zu imitieren, um sich ähnliche Vorteile zu verschaffen. Mit der Häufigkeit des Erfolges verselbständigt sich der Mechanismus, der dann zum Symptom wird.

MYERS (1968) fand allerdings, daß nach einem Krankenhausaufenthalt die Familie der wichtigste Faktor zur Rekonvaleszenz sei. Patienten aus "Unterschicht"-Familien zeigen eine viel längere Genesungsperiode, wenn sich die Familie auf die Entlassung und Rückkehr des Patienten nach Hause nicht so freut, wie das sonst bei "Mittelschicht"-Familien der Fall sei.

MOOS (1977) nennt den psychosozialen Kontext einer Erkrankung oder Rekonvaleszenz "social ecological factor", welcher dann

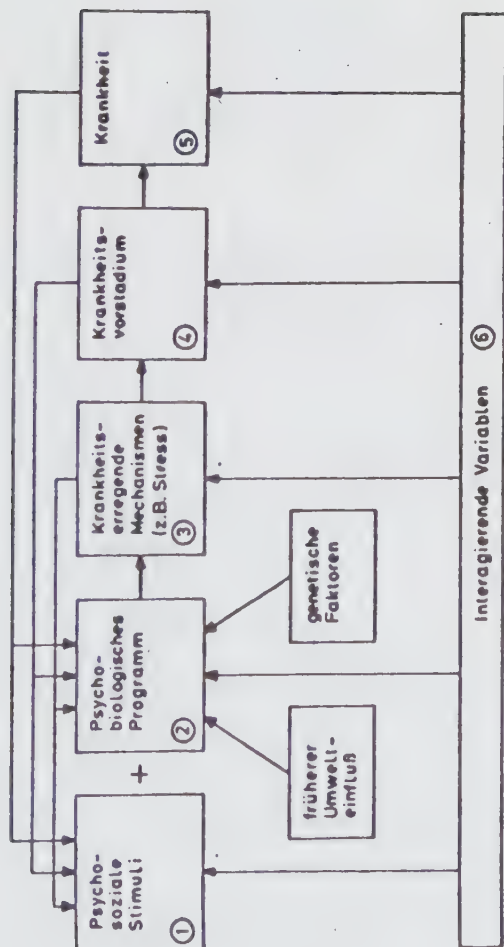


Abb. 40: Theoretisches Modell psychosozial vermittelter Krankheiten. (LEVI, 1972)

positiv oder negativ auf die Situation wirken kann.

In "An ecological view of cigarette smoking" postulierte MAUSNER (1973), daß Zigarettenrauchen die Funktion der Erleichterung sozialer Kontaktaufnahme und der Spannungsminderung bei stressreichen Situationen hervorruft. Aus diesem Grunde fällt es den Zigarettenrauchern sehr schwer, das Rauchen aufzuhören, auch wenn der Arzt das Rauchen streng verboten hat.

ARGYRIS (1960) fand eine positive Korrelation zwischen beruflichem Statusniveau und psychischer Gesundheit. Er schloß daraus, daß beruflicher Status sich auf das Selbstwertgefühl auswirkt.

Die bekannten Untersuchungen von CAPLAN et al. (1975) bestätigten diese Annahme. CAPLAN stellt daher das folgende Modell der Auswirkung sozialen Stress auf Gesundheit bzw. Krankheit auf. In ihm erscheinen soziale Elemente sowohl als unabhängige Faktoren, die direkt in Beziehung zur Gesundheit/Krankheit stehen als auch eingebettet in die globalen objektiven bzw. in die Person-Umwelt (siehe Abbildung 41).

ILSTAD (1981) vollzog eine empirische Überprüfung dieser Annahme mit den 3 folgenden Hypothesen:

- a) social support reduces stress
- b) social support moderates or buffers the impact of stress or strain and mental health
- c) social support has a direct beneficial main effect on strain and health.

Er sah nur seine a)- und c)-Hypothesen bestätigt.

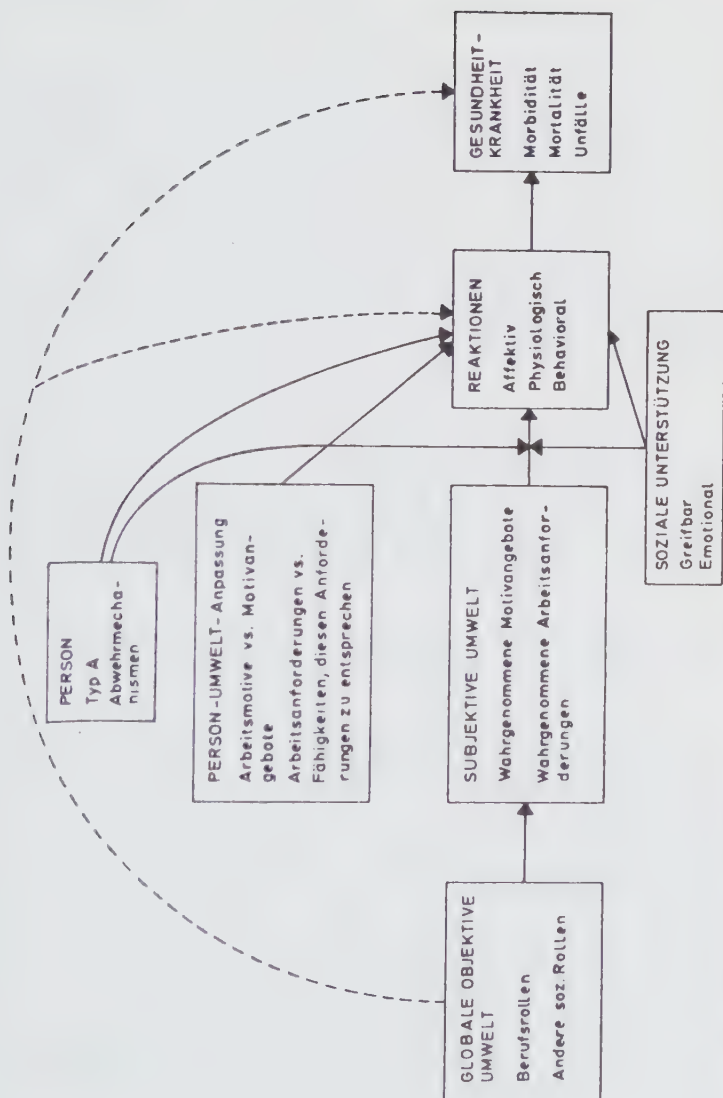


Abb. 41: Eine Theorie der Auswirkungen von sozialem Streß auf Gesundheit und Krankheit (Aus: Caplan et al., 1975, 5).

Bei Depressiven wirkt der "social support" zwar immer noch positiv, allerdings nur mit sehr geringer Auswirkung.

COSTELLO (1970) fand, daß neurotisch-depressive Personen sich als sozialängstlich, durchsetzungsunfähig, mit verminderter Selbstkontrollfähigkeit, reduzierten motorischen Aktivitäten, wortkargen verbalen Äußerungen, selbstabwertenden Gedanken und Gefühlen, sich selbst zurückweisend und mit strengen Schuldgefühlen zeigen - dies alles wegen des Mangels an positiven Verstärkungen (Verstärkerverlusthypothese) - aber doch bleiben diese positiven Verstärkungen ohne Effekt, wenn sie ihnen gegeben werden.

BURCHFIELD, HAMILTON und BANKS (1982) konnten aber experimentell beweisen, daß Menschen, deren Bedürfnis nach Zuwendung voll erfüllt ist und in ihrer Umgebung gute Bezugspersonen haben, signifikant weniger somatische Beschwerden und Streßsymptome aufweisen als Kontaktarme.

2.2. Sprachliche Kompetenz und kardiovaskuläre Störungen

Bevor ich hier auf die Arbeiten von einigen wenigen Autoren auf dem sprachlichen Bereich bei Herz- und Kreislaufkranken eingehe, erscheint es mir notwendig, die ebenso seltenen Arbeiten bezüglich der Sprache im Bereich der Psychosomatik überhaupt, kurz einzugehen.

MARTY, M'UZAN und DAVID (1960) veröffentlichten ihre Beobachtungen zu der Denk- und Sprechweise psychosomatischer Patienten und führten hierfür den Begriff "pensée opératoire" ein. Ihre Theorien entwickelten sich von da an zu einem selbständigen Zweig der psychosomatischen Medizin.

Der Begriff "pensée opératoire" wurde von STEPHANOS (1967) mit dem Begriff "Alexithymie" ersetzt, der die ursprüngliche Theorie weiterentwickelte. Von ihm stammt auch die folgende Beschreibung (STEPHANOS, 1979).

Nach den Angaben der Autoren weisen die psychosomatischen Patienten folgende "alexithymische Denk- und Sprachcharakteristika" auf:

Sprache ist mechanistisch, formelhaft und konkretistisch. Die Patienten vermeiden jede Bezugnahme auf Konflikte oder auslösende Momente. Bei Fragen dieser Art zeigen sie sich deutlich überfordert. Ihre Antworten sind entweder "Paradeantworten" oder in dem "Ja-Nein-Stil". Die Sprache trägt keine Nuancierung und ist sehr unpersönlich, sie verwenden meistens den "man"-Satz. Oft beginnen sie etwas "herunterzuspülen", allerdings in einer sehr unstrukturierten Form. Es fehlt das Zeitgefühl. Sie berichten, wie aus einem "Zeugenstand" ohne affektiven Bezug zu dem, was sie gerade erzählen. Sie besitzen allerdings ein umfangreiches technisches Wissen!

MARTY, M'UZAN und DAVID (1960) nannten diese Sprachgewohnheiten "langage devitalisé".

1974 beschrieben FRIEDMAN und ROSENMANN die charakteristischen Sprachgewohnheiten der Typ-A-Individuen mit folgenden Merkmalen: "if you have a) habit explosively accentuating various key words in your ordinary speech even when there is no read need for such accentuation and b) a tendency to after the last few words of your sentences for more rapidly than the opening words. The vocal explosiveness betrays the excess aggression or hostility you may be harboring. The merrying of the ends of sentences mirrors your underlying impatience with speeding then the time required for your own speech".

JENKINS (1974) überprüfte dies mit dem "standardisierten Streß-Interview" bei einer großen Anzahl von Typ-A-Personen und konnte ihre aggressive, competitive, eilige, hastige, hostilizante, explosive, ruhelose und possessive Sprechart bestätigen.

Auch GLASS (1977) beobachtete eine explosive Stimmlage und ausgeprägte Ungeduld in der Sprache der Typ-A-Menschen.

1978 wiederholte JENKINS et al. ihre Studien, diesmal allerdings ohne das standardisierte Streß-Interview, sondern lediglich mit dem JAS-Fragebogen. Er untersuchte daher nicht direkt die Sprache aber die Lebensgewohnheiten der Typ-A. Dazu gehören dennoch Fragen zur interpersonellen Kommunikation und zur Sprache.

So gaben MICRO-Myokardioinfarkt-Kandidaten an (SMI), daß sie ungeduldig werden bei "long talkers" und sprechen selbst sehr "schnell", "kurz" und u.a. "realistisch". Bei Angina-Pectoris-Patienten war die Sprache "hoch-reaktiv", "irritiert", "ungeduldig".

SCHMIDT (1983) untersuchte 212 Kölner Polizeibeamte und stellte fest, daß sie zwar niedrigere Werte als die, die in amerikanischen Untersuchungen angegeben werden, hatten, aber doch in

allen Variablen des standardisierten Streß-Interviews signifikantere Unterschiede. So waren die Typ-A-Polizisten in ihrer Sprache "aggressiv", "laut-explosiv", "rivalisierend", "schnell-akzelerierend" und zeigten außerdem eine viel kürzere "Antwortlatenz als alle anderen Versuchspersonen.

FRANK und VAITL (1983) führten eine verhaltenstherapeutischen Untersuchung zur psychoanalytischen Theorie der Alexithymie durch und überprüften die kognitive Strukturiertheit alexithymischer Patienten. Sie fanden, daß psychosomatische Herz- und Kreislaufpatienten signifikante Unterschiede zu anderen 2 Gruppen von "Somatikern" und "Neurotikern" aufweisen. Diejenigen erzielten in allen gemessenen kognitiven Dimensionen niedrigere Scores und im Denken pflegten sie tatsächlich eine "konkrete Denkwiese".

Im Rahmen des STRESA-Projekts berichten BRENGELMANN und MICHL (1982), daß bei einer Untersuchung mit 177 psychosomatischen Patienten, unter denen 80 an Hypertonie litten, 14 an verschiedenen Herzkrankheiten, 47 an Kreislaufbeschwerden, 16 an nervösen Erschöpfungszuständen, 16 an vegetativer Labilität und 8 an Migräne, die Faktoren Ärger- und Gefühlskontrolle, sowie Unterbindung von Trödeleien hoch korreliert mit Leistungsmotivation und Lebenserfolg.

2.3. Soziale Kompetenz und kardiovaskuläre Störungen

Wie schon eingangs erwähnt, kann jeder psychosoziale Stimulus zu einem Stressor werden, welcher neuroendokrinologische Reaktionen auslöst. Diese verursachen nach einer gewissen Dauer schädliche Auswirkungen. Daher vermutet LEVI (1981), daß "sympathoadrenomedulläre Aktivität und Hyperlipoproteinämie nicht nur eine tödliche degenerative Herzmuskelerkrankung bewirkt, sondern daß Mechanismus und/oder Vorstadien eines spezifischen pathogenetischen Vorgangs ganz allgemein den bevorstehenden Tod ankündigt".

Dies ist der Fall bei vielen Hypertension- und Artherosklerosis-Patienten, welche nach dem Ergebnis der Untersuchungen von LINDEN und FEUERSTEIN (1981) einen bemerkenswerten Zusammenhang zwischen den Verhaltensmustern der hypertensiven und dissonanten, soziale Fähigkeiten zeigen.

So hatten sie ausgeprägte Aktivitätshemmung (MCCLELLAND, 1979), Neigung zu ängstlichen Reaktionen und ein Assertivness-Defizit und deutliche Aufregung bei direkten sozialen Kontakten.

Die Autoren sahen daher ihre Hypothese der ineffizienten sozialen Kompetenz bei Hypertonikern bestätigt.

Die soziale Unsicherheit, die bei der 76 Typ-A-Männern von SULS, BECKER und MÖLLER (1981) untersucht wurden, erwiesen sich zwar independent vom Typ-A-Verhaltensmuster, aber zum "negativen Streß" additionierbar. So zeigten alle Typ-A-Individuen hohe soziale Unsicherheit und niedrigere "social support".

Arthereosklerotische Patienten in hohem Erkrankungsstadium erzählten auch häufiger als andere, von Unwohlgefühlen in Gruppensituationen und gewisser Unsicherheit in der interpersonalen Kommunikation (JENKINS, ZYZANSKI, RYAN, FLESSAS und TANNENBAUM (1981).

Sie wendeten einen Streß-Distreß-Fragebogen an und fanden beim arthereosklerotischen Typ-A die größten Streß-scores.

MAYOU, FOSTER und WILLIAMSON (1978) beschäftigten sich mit dem Myokard-Infarkt-Patienten nach ihrer Klinikentlassung und stellten fest, daß sie in der Mehrheit einen "pre-morbid" sozialen Kontext hatten, was die koronaren Störungen wiederum verstärkt. Darüberhinaus hatten sie alle (100 Patienten) ein traumatisches "unverarbeitetes" "Life event" hinter sich.

Würde man hier den Begriff soziale Inkompetenz der Koronarkranken, mit dem der assertiven "Nachgiebigkeit" oder "Machtlosigkeit" in sozialen Streßsituationen definieren, dann würde man den Zusammenhang zwischen ihnen und dem Lebensstress mit dem STRESA-Ergebnis von 1983 voll bestätigen können (BRENGELMANN, KETTLER, CASPER und MÖLLER, 1983).

Ähnliche Gefühls-Faktoren fand KIMBALL (1969) bei seinen "open-heart-surgery-Patienten". Die Sterblichkeitsquote war signifikant höher bei denjenigen, die vor der Operation Gefühle der Depression und Hilflosigkeit berichteten.

B . DIE UNTERSUCHUNG

Überblick

Diese Untersuchung fand im Rahmen eines langjährigen Projekts zur Erforschung von Streßgeschehen und Streßbewältigungsmechanismen ("STRESA-Projekt") am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abteilung, München, statt.

Zunächst werden die allgemeinen Ziele des Projekts, sowie die spezifischen Ziele dieser vorliegenden Untersuchung dargestellt.

Die Gesamtentwicklung der verwendeten Meßinstrumente, die angewendeten Verfahren und die Stichprobenpopulation werden detailliert beschrieben.

1. Zielsetzung

1.1. Allgemeine Ziele

Die vorliegende Arbeit ist im Rahmen eines breitangelegten Projekts von Prof. Dr. Dr. J.C.BRENGELMANN in der Experimental- und Klinisch-psychologischen Abteilung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München, entstanden.

Dieses Projekt hat das Ziel, die psychologischen Aspekte der Streßentstehung und Streßbewältigung zu erforschen. BRENGELMANN untersucht sie im Zusammenhang mit der Angst und das Projekt wird daher "Streß-Angst-Projekt" kurz "STRESA" genannt.

In einem Bericht darüber faßte BRENGELMANN die Aufgabenstellung dieses Forschungsprogramms mit folgenden Gedanken zusammen:

"Wir wollen uns deshalb um zwei Dinge bemühen:

erstens um eine direkte Messung der differenzierbaren Streßreaktionen, sowie der Bestimmung ihrer internen Struktur, und zweitens um eine Feststellung der Spezifität der Beziehungen zwischen Streß und Lebensproblemen verschiedener Art. Genauer gesagt wollen wir Streßauslöser, Streßreaktionen und Strategien der Bewältigung von Stress in einem stufenweisen Verfahren meßbar machen und ihre Korrelate in Bezug auf alltägliche Lebensumstände, Verhaltensprobleme, Erkrankungen und Persönlichkeit bestimmen" (BRENGELMANN, 1980).

Das Projekt wird auf der Basis internationaler Zusammenarbeit durchgeführt und mit standardisierten Meßinstrumenten in Deutschland, Spanien, Frankreich, Griechenland, Jugoslawien und Brasilien angewandt.

Die materiellen Lebensbedingungen, die zur Entstehung von belastenden Streßsituationen werden können, sind aber nicht primärer Gegenstand dieser Untersuchung.

Unterstreichungen vom Ref.

Wie eingangs schon erwähnt:

"Wir befassen uns stattdessen vorzüglich mit den internen oder persönlichen Aspekten der Belastung. Wir wollen die individuellen Streßauslöser kennenlernen und wollen wissen, wie die Menschen auf Belastung reagieren, bzw. welche positiven oder negativen Strategien der Bewältigung sie benutzen" (BRENGELMANN, 1980).

Die Ergebnisse dieser umfangreichen Arbeiten werden dazu verwendet, um Therapieverfahren zu entwickeln, die "die gemeinsamen und separaten Effekte von Angst und Streß" und "die negativen (Bewältigungs)-Strategien so zu schwächen und die positiven so zu stärken" verhelfen "daß die Bewältigung der Belastung aus der Person heraus erfolgt" (BRENGELMANN, 1980).

Die Erfassung und Analyse einer großen Vielzahl von individuellen Umgangsformen mit dem Streß bilden übergreifende Faktoren, welche eine Dimensionalisierung des Streßphänomens ermöglichen.

Kurz nach den ersten Untersuchungen konnte BRENGELMANN (1982) den Zusammenhang zwischen Streßreaktionen und Persönlichkeit schon näher erläutern und somit weitere Ziele, die im Projekt verfolgt werden sollten, definieren:

"Die Theorien der allgemeinen Aktivierung, des allgemeinen Anpassungssyndroms und der individuellen Disposition, können operationalisiert und sinnvoll aufeinander bezogen werden. ... Lebenserfolg (Aktivierung) erzeugt Streßreaktionen differenzierter Art (Anpassungssyndrom), die beide durch individuelle Disposition determiniert werden" (BRENGELMANN, 1980).

Die Persönlichkeitsdimensionen, gemessen mit den Extravertions- und Neurotizismus-Skalen (EYSENCK, 1960; BRENGELMANN, 1960) und der Leistungsmotivations-Skala (SEDLMAYR, 1969), erwiesen signifikante Beziehungen zum Lebens- und Berufserfolg.

Ebenfalls das sogenannte "Typ-A-Verhaltensmuster" fand seine entsprechende Bestätigung in allen bis dahin durchgeführten Experimenten. Allerdings sowohl mit Streßreaktionen, wie mit Streßbewältigungsmechanismen. Diese Multidimensionalität des "Typ-A" weiter zu erforschen, ist daher eines der Ziele des STRESA-Projekts geworden.

Ebenfalls nach ersten Untersuchungen wurden Erkenntnisse über die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Streß und Angst festgestellt. So fanden BRENGELMANN et al., daß

"Angst nur in spezifischen Situationen mithilft, das Konstrukt Streß zu definieren. Streß korreliert häufig höher als Angst, zum Beispiel im Falle der Druckfaktoren. Diese korrelieren ihrerseits signifikant mit Erkrankung, z.B. mit hohem Blutdruck, Magen-Darm-Störungen, Kreuz- und Rückenschmerzen, oder Rheuma- und Gelenkbeschwerden, wobei Angst praktisch keine Rolle spielt" (BRENGELMANN, MÜLLER, MAASS und HOHENBERGER, 1981).

Sie entschieden daher, das ursprüngliche Ziel der Untersuchung, die Gemeinsamkeitsmerkmale in die Erforschung der Unabhängigkeitsstärke von Streß und Angst umzurichten und sie weiter zu verfolgen.

1.2. Spezielle Ziele

Im Rahmen dieser STRESA-Untersuchungen beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit der Validierung von einer großen Anzahl von experimental-empirisch gewonnenen Streß- und Copingvariablen in Sozial- und sonstigen Lebensbereichen. Dadurch soll eine weitere Operationalisierung der schädlichen, krankmachenden bzw. streßbewältigenden Faktoren ermöglicht werden.

Die soziale Kompetenz bzw. Inkompetenz war hier, zusammen mit dem Streß im beruflichen wie im privaten Leben, ein gleich-rangiger Untersuchungsgegenstand.

"Neben dieser Struktur-Untersuchung zur internen Validierung wird auch eine Abhängigkeitsanalyse zur Bestimmung externer Validität durchgeführt" (BRENGELMANN, 1981).

Es sollten daher verschiedenartige Versuchsgruppen von Herz- und Kreislaufkranken untersucht werden, welche sowohl funktionelle, wie organische Störungen aufwiesen. Dazu sollte noch eine Kontrollgruppe von "gut funktionierenden Personen" in die Stichprobe einbezogen werden.

Es wurde erwartet, daß

- a) die untersuchten Streß- und Copingfaktoren "betreffs allgemeinen Streß und allgemeiner sozialer Kompetenz als maßgebliche Prädiktion bestimmter Lebens- und Gesundheitskriterien aufgefaßt und mit diesen in Beziehung gesetzt" werden,
- b) durch die individuellen Aussagen "Erkrankter" und "Gesunder" sollten effektive Maßnahmen für eine effizientere und gesündere Lebensgestaltung abgeleitet, bzw. negative Faktoren, herauskristallisiert werden,
- c) durch die Anwendung gleicher, standardisierter Meßinstrumente in den 3 experimentellen Gruppen wurde erwartet, daß die Prädiktoren signifikant differentielle Gruppen-Unterschiede,

sowohl in den Streßreaktionen, wie im Coping, bei der sozialen Kompetenz, wie in der Inkompetenz, liefern würden.

Sowohl die früheren STRESA-Experimente mit kardiovaskulären Kranken, wie eine große Anzahl von anderen Forschungsergebnissen, weisen auf einen eindeutlichen Reaktionsunterschied zwischen Herzkranken und Gesunden in der Streßsituation hin.

Darüber hinaus beinhaltet diese Arbeit einen Teil einer kreuzkulturellen Untersuchung innerhalb des STRESA-Programms.

1.3. Zusammengefasste Zielsetzung

In Anlehnung an die bereits beschriebenen Projekt- und Untersuchungsziele, könnte die Aufgabenstellung dieser Arbeit wie folgt zusammengefasst werden:

1. Die allgemeinen Streßreaktionen einer repräsentativen Stichprobe der brasilianischen Population,
2. ihre typischen Copingstrategien,
3. ihre belastenden sozialen Defizienzen (soziale Inkompetenz),
4. ihre streßbewältigenden sozialen Mechanismen (soziale Kompetenz),
5. ihre sozio-ökonomische Struktur,
6. ihre Ausprägungen im Typ-A-Verhaltensmuster,
7. ihre allgemeine Belastung unter allgemeinem Streß und genereller Angst,
8. ihr Medikamentenkonsum,
9. ihre häufigsten Beschwerden,
10. ihr Umgang mit Initiative und
11. die Freiheit im Arbeits- und privaten Lebensbereich,
12. die geläufigsten Strategien bei Gestaltung der Lebensqualität und
13. Meisterung von Lebenskonflikten (Lebensgewandtheit),
14. der Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen (Kriterien) und Streß, Coping und sozialer Kompetenz und Inkompetenz, sowie auch
15. diese Zusammenhänge und ihre Unterschiede zu "gesunden Menschen" bei bereits erkrankten Herz- und Kreislaufpatienten, zu untersuchen.

Die entsprechenden Ergebnisse werden im Teil IV und V dieser Arbeit dargestellt und im Teil VI folgt eine Diskussion der gewonnen und ausgewerteten Daten.

2. Methode

2.1. Messung von Streß

Im Bereich der Tier- und Human-Medizin, der Biologie, der Physiologie und Endokrinologie, wird Streß fast ausschließlich im Ausmaß der auftretenden Organfunktionsveränderungen gemessen. Derartige Operationalisierungen von Streß ist allerdings sehr einseitig, denn, wie bereits dargestellt, die psychischen- und Verhaltenskomponenten einer Streßsituation und -reaktion, sind in den meisten Fällen eigentlich die Faktoren, die das Streßgeschehen zu "Distreß" verwandeln.

Die große Anzahl der physikalischen und psychischen Stimuli, die die biologischen und psychologischen Veränderungen in uns hervorrufen, werden erst durch die begleitenden Bewertungen dieser Situationen und durch die damit entstandenen Gefühle zu schädlichen Stressoren.

Aus diesen Gründen ist eine sinnvolle Operationalisierung von Streß nur dann möglich, wenn neben den physiologischen Veränderungen die kognitiv-subjektiven und motorischen-Verhaltens-Dimensionen erfaßt bzw. berücksichtigt werden (TUNNER 1975, BIRBAUMER, 1977).

Da die Erfassung aller dieser 3 Ebenen durch eine einzige Forschungsdisziplin die Zuverlässigkeitsansprüche wissenschaftlichen Experimentierens nicht erfüllen kann, plädiert NITSCH (1981) zu multidisziplinärer Zusammenarbeit in der Streßforschung.

Dieser Anspruch erweist sich dennoch - trotz seiner völligen Gerechtigkeit - noch als sehr illusionär, da ein verschlossener Umgang mit benachbarten Disziplinen unter den einzelnen Bereichen zu verzeichnen ist.

So wird die Erforschung des Erlebens der Psychologie überlassen, während die anderen Disziplinen die biologischen und physiologischen Aspekte auf fragmentierter Weise weiter untersuchten. Erst die Psychophysiologie und die Verhaltensmedizin bemühen sich, diese Kluft aufzuheben. Dies wird ausdrücklich von BRENGELMANN (1981) in dem "PSYCHO ESSAY" "Verhaltensmedizin steigert therapeutische Effizienz" betont.

Aus diesem Grund versuchen die STRESA-Forscher ihre Versuchspersonen - wenn es sich um Streßkranke handelt - aus Milieus zu bekommen, in denen eine ausführliche medizinische Diagnose erfolgt, bzw. erfolgen kann.

Diese Klienten wurden erst danach zu ihrem subjektiven Streß- und Angsterleben untersucht. Die Methode der Wahl besteht vorwiegend aus Fragebögen. Sie bieten eine objektive Standardisierung der erfragenden Variablen und Faktoren, welche für den Verlauf der Untersuchung konstant gehalten werden können.

Die für uns wichtigen individuellen Unterschiede im Erleben und Empfinden, werden hier auf die Graduierung im Antwortverhalten projiziert, bzw. sie widerspiegeln sich in ihm.

Durch verschiedene statistische Verfahren wird die Güte dieser erhobenen Daten analysiert und aus dieser Analyse die wichtigsten Merkmale jeder Gruppe herausgearbeitet und interpretiert.

Durch klare Instruktionen werden die Versuchspersonen motiviert, ihre Antworten nach "bestem Wissen und Gewissen" abzugeben. Dies vermeidet jedoch nicht ganz, daß einige typische Störeffekte - wie sie bereits in der Testkonstruktionstheorie bekannt sind - doch einen einwandfreien Ablauf verhindern. Bekannte Fehlerquellen bei Fragebogen-Untersuchungen sind daher u.a.:

- die Tendenz gewisser Versuchspersonen zu vereinfachen oder zu ausführlichen Antworten abzugeben ("central tendency")
- sich von ihren vorgestellten Antworterwünschtheiten leiten zu lassen ("soziale Erwünschtheit")
- logische Zusammenhänge zwischen den Aufgaben aufstellen ("logical error") und sich
- von den vorhergehenden Aufgaben bzw. Antworten beeinflussen lassen ("Halo effect").

2.2. Entwicklung der Fragebögen

Der globale Aufbau der mit Fragebögen zu untersuchenden Bereiche wird in der Abbildung 42 dargestellt.

Die Analyse des Streßverhaltens, vom Anfang des STRESA-Projekts bis jetzt, kann in 4 Phasen dargestellt werden:

Phase I (ab 1977):

Mit den Arbeiten von MICHL und SAALFELD wurden Grundlagen für alle weiteren Untersuchungen geschaffen.

MICHL (1977-1979) hat aufgrund der in der Literatur vorgefundenen Beschreibungen zum "Typ-A" einen Fragebogen mit 192 Items zusammengestellt und ihn an 177 psychosomatischen Patienten angewandt. Er faktoranalytisierte daraus 4 Faktoren: Zeitdruck, Ungeduld, motorischer Überschuß und Gefühlsüberschuß. Er verwendete dazu auch die Persönlichkeitsfragebögen zu Extraversion, Neurotizismus und Leistungsmotivation.

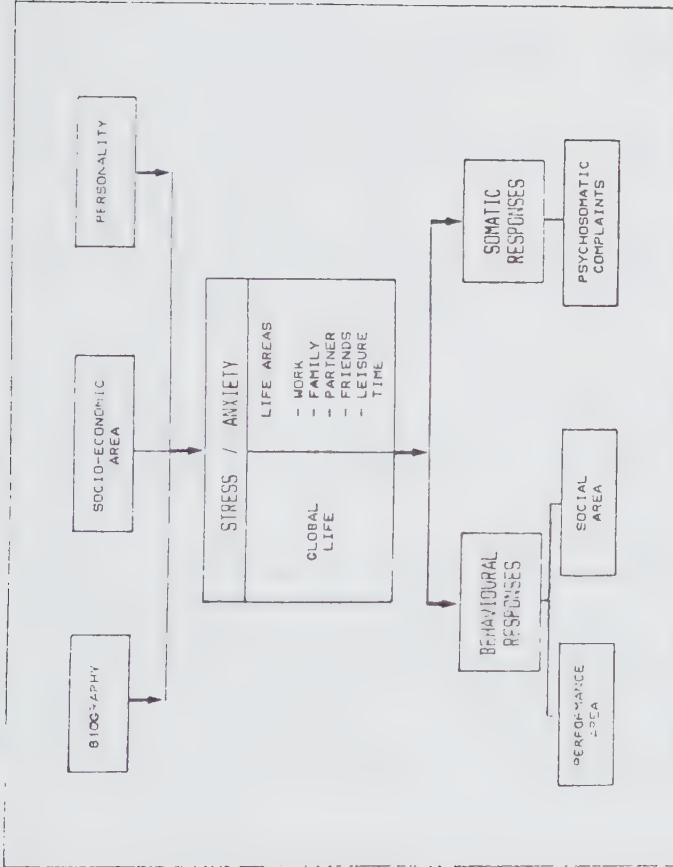
SAALFELD (1977-1980) untersuchte die verschiedenen Aspekte von Krankheiten und Lebensbewältigungsstrategien bei psychosomatischen Patienten. Aufgrund von 30 Intensiv-Interviews wurden 688 Items erarbeitet. Diese wurden nochmals an 883 Patienten angewandt und erbrachten 12 replizierbare Faktoren.

Phase II (1b 1979a)

Es folgten dann Erweiterungen und eine Serie weiterer Validierungen der gewonnenen Faktoren in den Arbeiten von MAKKONEN (I und II) (1980): "Fragebogen zu typischen Reaktionen auf Belastung" an 168 Kurpatienten. Das Ergebnis brachte 4 Faktoren: Innere Unruhe, Erfolgsstreben, Selbstabwertung, Rigidität. In der II. Untersuchung beschäftigte sie sich mit dem Familienverhalten und fand 3 Faktoren: Ärgerkontrolle, Verspannung und Naturliebe.

KANDOLF (1980) arbeitete mit 4 Fragebögen zu Streßreaktionen und fand bei Kurpatienten 26 Faktoren in den Reaktionsklassen

Abbildung 42:



AREAS OF ASSESSMENT IN THE STRESSA - PROJECT

Schlafprobleme (5 Faktoren), Angst vor dem Alter und Tod (5 Faktoren), körperliche Beschwerden (8 Faktoren) und Hilfe bei Erkrankungen (8 Faktoren).

KETTLER (1980) untersuchte die internale/externale Kontrolle und das Familienklima und arbeitete 5 Faktoren heraus: Pessimismus, Selbstbestimmung, Schicksalsglaube, Optimismus und Einsatzfreude.

CASPER (1980) untersuchte ebenfalls Kurpatienten mit einem Fragebogen zur sozialen Kompetenz und zum Familienverhalten. 7 Faktoren konnten daraus faktorenanalysiert werden: Selbstvertrauen, Nachgiebigkeit, Hilflosigkeit, Reizsuche, Selbstbehauptung, Durchsetzung und Machtlosigkeit.

GABRIEL (1981) beschäftigte sich mit der verbalen und nicht-verbalen sozialen Kompetenz bzw. Inkompetenz. Er verwandte hierfür 4 Fragebögen: Verbale Gewandtheit, verbales Ungeschick, Geselligkeit und Ungeselligkeit.

Phase III (ab 1980):

Die Analysen an Patienten sollten zuerst eine vorläufige Hierarchie der gewonnenen Faktoren ermöglichen und dann an "Gesunden" ebenso validiert werden.

REIG und GUERRA (1981) starteten mit 14 Fragebögen eine Untersuchung an 357 Versuchspersonen. 61% davon waren Patienten, 39% Kontrollpersonen. Daraus stammten 75 Primär- und 12 Sekundärfaktoren (Ungeduld, Selbstbestimmung, Ärgerkontrolle, Überlastung, soziale Abhängigkeit, Reizzuwendung, Entspannung, Verspannung, Kritikangst, Weichherzigkeit, Rollenlosigkeit und Kontrollverlust), welche 4 Tertiärfaktoren ergaben: Streßreaktionen, Bewältigungsstrategien, soziale Insuffizienz und soziale Bewältigung.

Phase IV (1b 1981):

In dieser Phase wurde die REIG/GUERRA-Hierarchie-Struktur und ebenso eine große Anzahl von Streß- und soziale-Kompetenz-Skalen zum Zweck der Gruppendifferenzierung behalten. Alle Untersuchungen

dieser Phase (LOTZ, SIPPEL, MATIC, TYPALDOU und die vorliegende Arbeit) verwendeten folgende Fragebögen:

I. Kriterien-Fragebögen

1. Persönliche Angaben
2. Lebensdaten
3. Gesundheitsprobleme

II. Skalen zu Streßreaktionen und Streßbewältigung (STR)

III. Skalen zur sozialen Kompetenz (SOK)

Die folgenden 3 Seiten zeigen die detailliertere Auflistung dieser Fragebögen.

Abbildung 43: I. Kriterien-Fragebögen

1. Persönliche Angaben	Alter Geschlecht Grösse Gewicht Schulbildung Beruf Arbeitszeit Einkommen
2. Lebensdaten	Initiative in der Arbeit Initiative im privaten Leben Freiheit in der Arbeit Freiheit im privaten Leben Typ-A-Skala Globale Rating von Streß und Angst Lebensqualität Lebensgewandtheit
3. Gesundheitsprobleme	Medikamentenliste Beschwerdenliste

Abbildung 44: Streß-Skalen-Fragebögen

SKALEN ZU STRESSREAKTIONEN UND STRESSBEWÄLTIGUNG (STR)

STR negativ:	STRESS - REAKTIONEN

1 Leistungsorientierung	(Camerer)
2 Besitzstreben	(Camerer)
3 Kummer und Sorgen	(Camerer)
4 Konflikthäufigkeit	(Camerer)
5 Konfliktstau	(Camerer)
6 Pessimismus	(Kettler)
7 Erschöpfung	(Kandolf)
8 Psychisch bedingte Beschwerden	(Kandolf)
9 Nicht abschalten können	(Makkonen)
10 Leistungseinschränkung unter Druck	(Makkonen)
11 Muskelverspannung	(Makkonen)
12 Resignation	(Guerra)

STR positiv:	COPING

13 Gewissenhaftigkeit	(Camerer)
14 Gehör finden	(Camerer)
15 Offenheit	(Camerer)
16 Handlungsfreiheit	(Camerer)
17 Konfliktlösungsfertigkeiten	(Camerer)
18 Optimismus	(Kettler)
19 Selbstbestimmung	(Guerra)
20 Selbstvertrauen	(Guerra)
21 Entspannungsfähigkeit	(Guerra)
22 Ärgerkontrolle	(Reig)
23 Entschlußkraft	(Bengelmann)
24 Rigide Einstellung	(Makkonen)

Abbildung 45: Fragebögen der Soziale-Kompetenz-Skalen

S K A L E N Z U R S O Z I A L E N K O M P E T E N Z (SOK)

S O K negativ: SOZIALE INKOMPETENZ

- | | |
|--------------------------------|-----------|
| 1 Mangelnde Redegewandtheit | (Gabriel) |
| 2 Redehemmung | (Gabriel) |
| 3 Unsicherheit im Gespräch | (Gabriel) |
| 4 Mangelnde Überzeugungskraft | (Gabriel) |
| 5 Verbale Verschlossenheit | (Gabriel) |
| 6 Wortkargheit | (Gabriel) |
| 7 Kontaktscheu | (Gabriel) |
| 8 Geheimmtheit | (Gabriel) |
| 9 Mangelnde Anziehungskraft | (Gabriel) |
| 10 Zurückgezogenheit | (Gabriel) |
| 11 Emotionale Verschlossenheit | (Gabriel) |

S O K positiv: SOZIALE KOMPETENZ

- | | |
|---------------------------|-----------|
| 12 Redegewandtheit | (Gabriel) |
| 13 Verbale Initiative | (Gabriel) |
| 14 Gesprächigkeit | (gabriel) |
| 15 Besonnenheit | (Gabriel) |
| 16 Faszinationskraft | (Gabriel) |
| 17 Freude am Organisieren | (Gabriel) |
| 18 Geselligkeit | (gabriel) |
| 19 Selbstsicherheit | (Gabriel) |
| 20 Anziehungskraft | (Gabriel) |
| 21 Kontaktfreude | (Gabriel) |

2.3. Verfahren

Die in Deutschland angewandten Fragebögen wurden zum internationalen Vergleich erst dann freigegeben, als sie eine hohe Anzahl von Items mit Ladungen über 0.5 und gute inhaltliche Homogenität aufwiesen. Sie wurden in Brasilien von mir auf Portugiesisch übersetzt, zwei unabhängige Kommissionen erfahrener Psychologen zur Überprüfung, Korrektur und Anpassung an brasilianische Verhältnisse vorgelegt, einer Voruntersuchung mit 19 Patienten und 20 Kontrollpersonen unterzogen und nach nochmaligen kleinen Veränderungen dann in ihrer endgültigen Fassung gedruckt. Sie behielten dennoch den deutschen Standard, was die Reihenfolge und gestalterische Aufmachung der Variablen und ihren Items betrifft. Im Abschnitt 3.1. bis 3.3. werden die weiteren Stadien des Verfahrens ausführlich beschrieben.

Nach der Erhebung der Daten im Herz-Zentrum (INCOR) der Stadt Sao Paulo, Brasilien, im Frühjahr und Sommer 1982, wurden die codierten Rohdaten nach Deutschland gebracht und im Rechenzentrum des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München, statistisch ausgewertet.

In Teil III, IV und V werden die durchgeführten Analysen, sowie ihre Ergebnisse dargestellt. In Teil VI werden sie diskutiert und interpretiert.

Es wird daher hier nur schematisch dieses Auswertungsverfahren vorgestellt.

1. Die Kriteriendaten der persönlichen Angaben wurden nur auf ihre Häufigkeiten und Verteilungen analysiert.
2. Die Typ-A-Skalen, die Fragebögen zur Lebensqualität und Lebensgewandtheit, die Skalen zur globalen Angst und Belastung, sowie die Fragebögen zur Initiative und Freiheit, wurden faktorenanalysiert; ebenso die Medikamenten- und Beschwerdenlisten.

3. Wie in allen vorangegangenen Untersuchungen wurden die Streß- und soziale-Kompetenz-Skalen erneut faktorenanalysiert und einer Dimensionsanalyse unterzogen.
4. Mit Hilfe der Varianzanalyse wurden die festgestellten Unterschiede der experimentellen Gruppen gegenüber der Kontrollgruppe überprüft.

Als nächstes wird kurz zur relativierten Aussagekraft von Korrelationen erinnert.

2.4. Zur Aussagekraft der Korrelationen

Unabhängig von den modernen und präzisen Methoden der statistischen Auswertungen, soll hier kurz noch einmal daran erinnert werden, daß Korrelationen nur einen Zusammenhang zwischen 2 Variablen erklärt, aber nicht ihre Ursachen.

Assoziation impliziert also nicht eine kausale Verursachung. Aus diesem Grunde sollen die nachstehenden Korrelationen und Angaben bewußt unter dem Aspekt ihrer möglichen klaren oder latenten Dependenz, sowie auch ihrer Interdependenz betrachtet werden (PAWLIK, 1981).

In der klaren Dependenz, wie z.B. im Zusammenhang Alter und Größe, ist die kausale Beziehung unidirektional und läßt sich stets als solche und nur als solche feststellen.

In der latenten Dependenz ist diese Beziehung durch andere Variablen beeinflussbar und kann erst durch weitere statistische Verfahren abgeklärt werden. Je höher der interne Validitätsgrad einer Skala (interne Validierung), desto kleiner die Wahrscheinlichkeit einer Fremdbeeinflussung durch andere Variablen am gemessenen Wert.

In der Interdependenz wird eine zweiseitige Ursache-Wirkungs-Beziehung festgestellt, welche von der Wissenschaftstheorie jedoch nicht für sinnvoll betrachtet wird. Beispiel für eine solche Interdependenz ist, die eingangs erwähnte Beziehung zwischen Streß und Angst. Streß verursacht Angst, während diese wiederum zu Streß wird.

Im Sinne einer möglichst geringen Dependenz zwischen den Kriterienvariablen untereinander, aber einer hohen Dependenz zwischen Kriterien und Prädiktoren, formulierten BRENGELMANN, MÜLLER, MAASS und HOHENBERGER (1981): "Je höher die Kriterien untereinander korrelieren und je geringer sie mit Streßfaktoren korrelieren, um so nutzloser sind sie für unsere Zwecke".

3. Die Stichprobe

3.1. Die Versuchspersonen und das "INCOR"

Die Patienten, die an dieser empirischen Untersuchung teilnahmen, waren alle Klienten des "INSTITUTO DO CORACAO DO HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SAO PAULO" (INCOR-HCFMUSP) - d.h. des Herzzentrums von Sao Paulo - das ich hier abgekürzt "INCOR" nennen werde.

Sie wurden alle ins INCOR entweder durch die Tag-Nacht-Ambulanz oder direkt von anderen klinischen Bereichen des "Hospital das Clinicas" oder von anderen Krankenhäusern in die intensive oder chirurgische Abteilung überwiesen.

Die Patienten der Tagesambulanz hatten sich alle vorher bereits angemeldet, während die der Nachtambulanz meistens Notfallpatienten waren.

Sie wurden alle bezüglich ihrer Herz- und Kreislaufbeschwerden zuerst gründlich allgemein-klinisch untersucht und je nach der Gravität ihres Falles, danach entlassen oder sofort zu weiteren Beobachtungen oder intensiven Maßnahmen in die entsprechenden fachklinischen Stationen weitergeleitet.

Patienten, die unmittelbar nach der allgemein-klinischen Untersuchung heimgehen durften, wurden aber dann noch einmal zu einer speziellen Untersuchung in die Fach-Ambulanz des INCOR's bestellt. Somit wurde jeder Patient mindestens zweimal im INCOR untersucht.

Die Versuchspersonen dieser Stichprobe waren daher alle Patienten:

- a) bei welchen bereits nach der allgemein-klinischen Untersuchung der Ambulanz eine eindeutige und klare Herz- bzw. Kreislaufstörung festgestellt worden war, oder Patienten,
- b) die von anderen Fachärzten oder durch Notfalldienst mit einem diagnostizierten Herzleiden in die intensiven Behandlungsstationen der INCORS überwiesen worden sind, oder Patienten,
- c) welche nach Abschluß aller erforderlichen Herz- und Kreislauf-Untersuchungen durch die Fachärzte ihres Beschwerdebereichs, mit einer endgültigen Diagnose, weiterbehandelt oder entlassen werden sollten.

Ich nahm in die Stichprobe also keinen Patienten auf,

- dessen Diagnose noch nicht bereits klar und eindeutig vorlag
- sei es als spezifische organisch-bedingte (primäres Symptom) oder doch als eindeutige funktionelle Störung (sekundäres Symptom)
- Patienten, deren Herz- und/oder Kreislaufleiden nicht eindimensional abgegrenzt waren - d.h. im Zusammenhang mit anderen vorher diagnostizierten Beschwerden standen
- ebenfalls diejenigen Patienten, die im Verlauf einer anderen Krankheitsbehandlung ein zusätzliches kardiovaskuläres Symptom entwickelten, wurden in die Stichprobe nicht aufgenommen.

Obwohl die Zeitspanne zwischen dem Beginn der Beschwerden eines Klienten und seiner Aufnahme in die Ambulanz des Instituts erhoben wurde - sie könnte als ein potentieller Hinweis zum "Leidensdruck", "Vermeidungsverhalten" oder sonstige "Prone-Behavior-Pattern" betrachtet werden - stellte sie aber keineswegs als eine Bedingung zum Ausschluß von Versuchspersonen dar.

Somit befinden sich in der Stichprobe Patienten, welche zum ersten Mal und gerade vor 1 Stunde Herzbeschwerden verspürt hatten und in die Ambulanz selbst gefahren waren oder gefahren worden sind, wie auch solche, die ihre Beschwerden seit Jahren kennen und sie behandelten oder nicht.

Die Dauer der Behandlung - weder die schon erfahrene, noch die der Patient zu erfahren hatte - war ebenfalls keine Ausschlußbedingung.

Keine Selektionsfaktoren waren auch:

Ob der Patient eine oder mehrere kardiologische oder angiologische Operationen hinter sich hatte oder womöglich vor einer solchen bzw. vor mehreren dieser Art stünde,

ob er Medikamente schon früher eingenommen oder noch nie welche bekommen hatte,

ob andere Verwandte, Freunde oder Bekannte mit ähnlichen oder gleichen Symptomen in der Familie, Arbeitsstelle, Nachbarschaft oder im Bekanntenkreis vorhanden waren,

die Höhe seines Tabak- und/oder Alkoholkonsums,

seine EB- und Trinkgewohnheiten,

das Ausmaß oder Arten seiner sportlichen Tätigkeiten.

Alle diese Daten wurden zwar erhoben, beeinflussten aber auf gar keinen Fall die Aufnahme in die Stichprobe oder ihre entsprechende Zuordnung in eine der experimentellen Untersuchungsgruppen.

Die Versuchspersonen der Kontrollgruppe kamen alle aus dem Bekanntenkreis, dem Personal des INCORs, sowie dessen Verwandte und Freunde.

3.2. Die Selektionskriterien

Die wichtigsten Kriterien zur Selektion der Stichproben-Patienten können daher so zusammengefasst werden.

1. Das Vorhandensein eines oder mehrerer charakteristischer Symptome einer kardiovaskulären Störung, auch wenn dieses funktioneller Natur waren.
2. Der Abschluß der diagnostischen Untersuchungen:
in der allgemein-klinischen Phase:
 - Inspektion
 - Palpation
 - Perkussion
 - Auskultation
 - Blutdruckmessung
 - Venendruckmessung
 - Augenhintergrund-Untersuchung
 - Stehversuch

und je nach den Beschwerden und dem Befund:

- Blutuntersuchung
- Urinuntersuchung
- Machado-Guerreiro-Untersuchung*
- Elektrokardiogramm
- Vektorkardiogramm
- Echokardiogramm
- Röntgenaufnahmen
- Angiokardiogramm
- Koronariogramm
- Phonokardiogramm
- Mekanokardiogramm
- Hemodynamische Untersuchung
- Belastungsuntersuchung
- Arteriogramm

in der differentialdiagnostischen Untersuchung.

* Serologische Untersuchung zur Feststellung der Chagas-Infektion

3. Das Vorhandensein einer endgültigen Diagnose.
4. Die anamnestisch dargestellte Krankengeschichte.
5. Das Ausbildungsniveau des Patienten. Erforderlich war, daß der Patient wenigstens die 6. Schulklasse (Volksschule) besucht hatten (auch für die Versuchspersonen der Kontrollgruppe).
6. Daß sie sich im geistigen, wie im physischen Zustand befanden, der eine freie, unbeeinträchtigte Beantwortung der Fragen ermöglichte.
7. Die Patienten durften nicht jünger als 20 und nicht älter als 60 Jahre sein.
8. Daß sie sich bereit erklärten, freiwillig, unentgeltlich und ohne fremde Hilfe den Fragebogen zu beantworten.

3.3. Die Durchführungsbedingungen

Die Daten-Bank des INCORS stellte täglich eine Computer-Liste der für den nächsten Tag angemeldeten Patienten aus, aus welcher zu entnehmen war, welche Patienten zur ersten allgemein-klinischen oder zur differentialdiagnostischen Untersuchung kommen würden.

Auch ihre Krankenunterlagen wurden mit bereitgestellt, so daß ich aus diesen entnehmen konnte, welche Patienten unsere aufgestellten Selektionskriterien erfüllten. Auch ihre persönlichen Daten waren dort zu entnehmen.

Nach der ärztlichen Untersuchung wurden mir diese ausgesuchten Klienten und ihre Krankengeschichte vorgestellt.

Selbstverständlich war mir hier die persönliche Kontaktaufnahme mit jedem Teilnehmer von großer Wichtigkeit und mit jedem dieser Patienten führte ich als erstes ein kurzes allgemeines Gespräch über seine Beschwerden, Behandlung und Befindlichkeit. Ich verwendete diese Möglichkeit eine definitive Selektion und eine nochmalige Feststellung seines Bildungs-, Ausbildungs- und Abstraktionsniveaus zu machen.

Danach informierte ich den einzelnen Patienten kurz über das Forschungsprojekt und die bilaterale Zusammenarbeit zwischen dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abteilung, in München und dem INCOR, sowie auch über das Ziel und den Inhalt der Fragebögen.

Erklärte sich dann der Patient freiwillig dazu - unter den Bedingungen, daß er es allein und unentgeltlich tun müße - zur Teilnahme bereit, bekam er dann alle 3 Fragebögen zum Ausfüllen. Es folgte dabei eine kurze Erklärung zur Beantwortung der Fragen, mit einem einzigen, zufälligen Beispiel zu jedem Heft.

Sowohl die Patienten als auch die Kontroll-Personen nahmen sich die 3 Fragebogen-Hefte zur Beantwortung nach Hause. Die stationär aufgenommenen Patienten behielten alle 3 Hefte im Stationszimmer. Nach 8 Tagen bekam ich die ausgefüllten Fragebögen zurück.

Der ausgesuchte Zeitpunkt für die Kontaktaufnahme und der Einbezug der Patienten orientierte sich nach ihrer körperlichen wie seelischen Befindlichkeit.

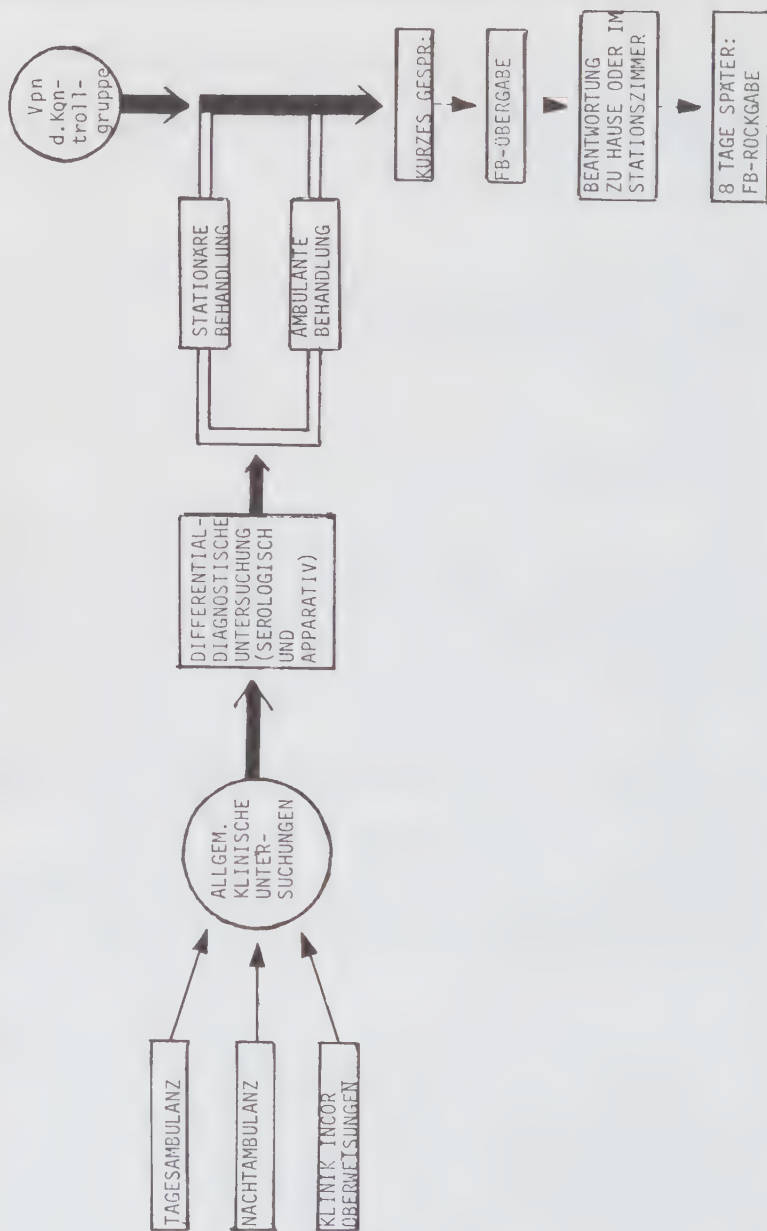
Kein Patient erhielt die Fragebögen, wenn er unmittelbar vor einer Operation stand oder unter schweren postoperativen Komplikationen erkrankt war.

FRANK (1981) und VAITL (1983) stellten in zwei Untersuchungen mit Psychosomatikern fest, daß der Zeitpunkt zur Erhebung von Fragebögen-Daten vielen externalen und organisatorisch-technischen Faktoren unterliegt. "Ganz besonders scheint die Phase der somatischen Rekonvaleszenz mit Äußerungswiderständen einherzugehen".

Bedacht werden aber hier die ersten 4 Wochen nach der Krankenhausentlassung. Zu dieser Phase stellten sie bei ihren Patienten eine sehr geringe Bereitschaft zur Beantwortung fest.

Die Abbildung 46 soll eine Zusammenfassung der Untersuchungsdurchführungsstadien darstellen.

Abbildung 46: Diagramm des Untersuchungsverlaufs



C. DIE ERGEBNISSE

I. DIE KRITERIEN

Überblick

Im ersten Abschnitt werden die Häufigkeiten und Verteilungen der Stichproben beschrieben. In den darauf folgenden Kapiteln werden die Kriterienfragebögen vorgestellt, das Antwortverhalten dargestellt und die Kriterienvariablen faktorenanalysiert. Abschließend wird eine Faktorenanalyse aller Sekundärfaktoren vorgenommen, um die vielen einzelnen Faktoren und Variablen einfacher zu strukturieren und dimensionalisieren.

Alle Angaben in der Tabelle folgen dem gleichen System:

- *** = 0.001 % Signifikanzniveau
- ** = 0.01 % Signifikanzniveau
- * = 0.05 % Signifikanzniveau

1. Charakteristika der Stichprobenpopulation

1.1. Häufigkeiten und Verteilung

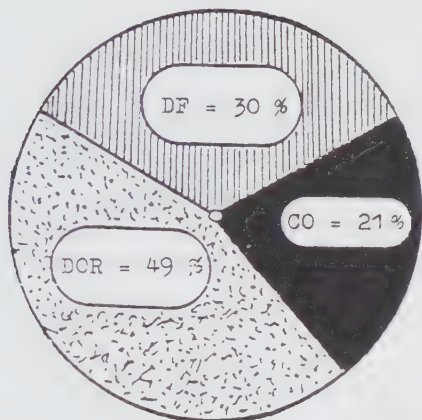
Insgesamt nahmen an der Untersuchung 750 Personen teil, die in den 3 Hauptgruppen mit folgenden Häufigkeiten repräsentiert sind (Tabelle 1 *):

Patienten mit organopathologischen organischen Störungen	D O R	365
Patienten mit funktionellen Störungen	D F	225
Kontrollgruppe	C C	160
N =		750

* Die Bezeichnungen DOR, DF und CO stehen als Abkürzung für:

- Disturbance Organic = DOR
- Disturbance Functionaly = DF
- Control Group = CO

Die prozentuale Verteilung dieser Gruppen auf die Gesamtstichprobe ist (Abbildung 47):



Nach ihren objektiven Lebensdaten (Alter und Geschlecht) unterscheiden sich die Versuchspersonen folgendermaßen:

a) ALTER

(Tabelle 2)

Alter	%	N
20 - 30	24.3	182
31 - 40	20.3	152
41 - 50	22.4	168
51 - 60	33.0	248
N =	100	750

Die polaren Altersbereiche 51 - 60 Jahre alt - mit 33% - und 20 - 30 Jahre alt - mit 24% - der gesamten Stichproben-Population, stellen die größten Häufigkeiten dar. Allerdings mit geringen Unterschieden zwischen den 20 - 30jährigen und den mittleren Altersbereichen 31 - 40 und 41 - 50 Jahre. Allgemein könnte man sagen, daß 67% im Altersbereich 20 - 50 Jahre alt waren, während ein Drittel der Versuchspersonen (33%) sich im Alter zwischen 51 - 60 Jahren befanden. Berücksichtigt man die Tatsache, daß 49% dieser Population aus Individuen mit organpathologischen Erkrankungen stammt, so ist es durchaus vorstellbar, daß ein gewisser Zusammenhang zwischen Alter und Erkrankung besteht. Das Durchschnittsalter aller Teilnehmer war:

42 Jahre alt.

(Tab.3)

b) GESCHLECHT

Die Häufigkeitsunterschiede zwischen dem weiblichen und männlichen Geschlecht beträgt lediglich 4%, mit einer stärkeren Beteiligung der Frauen.

WEIBLICH

52 %

MÄNNLICH

48 %

(Tab.4)

c) GRÖSSE

An der Stichprobe nahmen Personen zwischen 1,20m bis 1,80m Körpergröße teil; die durchschnittliche Größe betrug:

1,64m

(Tab. 5)

d) GEWICHT

Die Personen waren zwischen 40 kg und 99 kg schwer; das durchschnittliche Körpergewicht war

66.31 kg

(Tab. 6)

1.2. Die sozioökonomische Struktur

e) SCHULBILDUNG

Nachdem die Schulbildung eine der wichtigsten Selektionskriterien in der Stichprobe war, gewinnt diese Kriterien-Variable eine relativ große Bedeutung für die Charakterisierung der Untersuchungspopulation:

(Tabelle 7)

SCHULBILDUNG	%
Volksschulabschluß und abgebrochenes Gymnasium	37
Gymnasiumabschluß	10
abgebrochenes Abitur	5
Abiturabschluß	7
abgebrochene Berufs- ausbildung	3
Berufsausbildungs- abschluß	11
abgebrochenes Studium	8
akademischer Abschluß	19

Auch hier sehen wir eine stärkere Anhäufung extremer Schulausbildungen: Die niedrigste Stufe (Volksschulabschluß mit unvollständiger Mittlerer Reife) ist am häufigsten repräsentiert (37%), gefolgt von den Akademikern, die 19% der Gesamtstichprobe ausmachen.

Man könnte daher die Schulbildung in folgender Zusammenstellung übersichtlicher darstellen:

(Tabelle 8)

1. Volksschulabschluß	
und	
unvollständige Mittlere Reife	37 %
2. Mittlere-Reife-Abschluß	
und	
Gymnasiasten	
und Berufsschüler	29 %
3. Abiturienten	
Studenten	
Akademiker	34 %

f) BERUF

In der Reihenfolge ihrer höchsten Häufigkeit werden hier die vorgekommenen Berufstätigkeiten dargestellt:

(Tabelle 9)

BERUFSTÄTIGKEIT	%
Selbständiger	21
Hausfrauen	19
Beamter	17
Rentner	16
Facharbeiter	10
Angestellter	10
Ungelernter Arbeiter	7

Die geringe Teilnahme ungelernter Arbeiter läßt sich dadurch erklären, daß sie in dem Klientel zwar zahlreich repräsentiert waren, aber sie wurden wegen der nichtausreichenden Schulbildung - mindestens die 6. Volksschulklasse - von der Stichprobe ausgeschlossen.

g) ARBEITSZEIT

Auch hier werden die Anzahl der Arbeitsstunden wöchentlich nach dem Auftreten ihrer stärksten Häufigkeiten wiedergegeben:

(Tabelle 10)	
Arbeitsstunden wöchentlich	%
unter 40 Stunden	39
40 - 50 Stunden	26
51 - 60 Stunden	14
61 - 70 Stunden	10
über 70 Stunden	11

Daß ca. 40% der Population eine unterdurchschnittliche Arbeitszeit hatten, könnte möglicherweise mit der Häufigkeit der Beteiligung organ-pathologischer Herzkranken (49%) erklärt werden.

h) EINKOMMEN

Wie durchaus bekannt, verläuft die Einkommensverteilung in einem Entwicklungsland wie Brasilien sehr unregelmäßig, mit der höheren Kurvenspitze auf der niedrigsten Einkommensstufe. Demgegenüber steht eine ganz schmale Schicht gutverdienender Bürger.

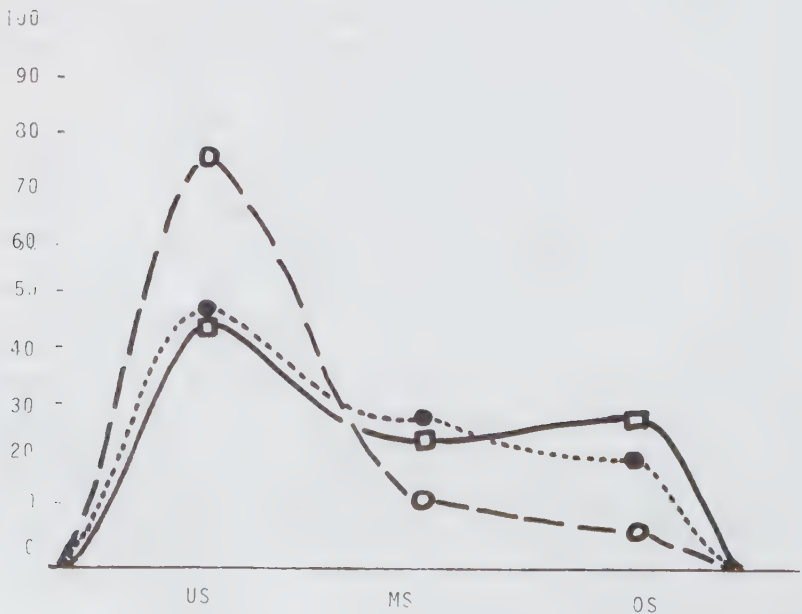
(Tabelle 11)	
Einkommen	%
bis 50.000 Cruzeiros	57
51.- bis 100.000 Cruzeiros	21
101.- bis 150.000 Cruzeiros	9
151.- bis 200.000 Cruzeiros	5
über 201.000 Cruzeiros	8
1 DM = ca. 115 Cruzeiros (1982)	

Erstaunlich ist jedoch, daß die Anzahl der Versuchspersonen mit dem höchsten Einkommen größer ist (8%) als die der Vorstufe 151.- bis 200.000 Cruzeiros (5%). Es soll dennoch erinnert werden, daß die Skala von 201.000 Cruzeiros nach oben offen war und somit die 8% aller anderen Einkommensstufen in sich zusammenfaßt.

1.3. Zur Repräsentativität der Stichprobe

Die Stichprobenpopulation erweist sich als repräsentativ für die brasilianische Bevölkerung in dem Maße, daß die "Unterschicht" am stärksten beteiligt ist. Berücksichtigt man die 3 sozioökonomischen Größen, nämlich Schulbildung, Beruf und Einkommen, so würde man die Verteilung erhalten, die in der untenstehenden Abbildung 48 dargestellt ist:

	UNTERSCHICHT	MITTELSCHICHT	OBERSCHICHT
Schule	47 %	26 %	27 %
Einkommen	78 %	14 %	8 %
Beruf	49 %	30 %	21 %



Es sollte dennoch daran erinnert werden, daß diese Repräsentativität sich auf die alphabetisierte Bevölkerung bezieht, denn wie schon mehrfach betont, Individuen ohne Schulabschluß bzw. mit weniger als 6 Schulklassen wurden nicht in die Stichprobe aufgenommen.

2. Lebensdaten

Unter dieser Bezeichnung subsumieren sich 2 Klassen von Kriterienvariablen:

a) die belastenden Lebensumstände betreffend:

- Typ-A-Skala
- globale Rating von Streß und Angst

b) die Lebenszufriedenheit bezüglich:

- Lebensqualität
- Lebensgewandtheit
- Initiative
- Freiheit

2.1. Typ-A-Ausprägungen in der Stichprobe

2.1.1. Der Fragebogen:

Der Fragebogen beinhaltet 20 Items zu belastenden Faktoren und Situationen. Sie sind in der Ich-Aussageform formuliert und werden in einer 4-stufigen Antwortskala gestaltet:

- 1 = stimmt gar nicht
- 2 = stimmt ein wenig
- 3 = stimmt weitgehend
- 4 = stimmt vollkommen.

Im Anhang befindet sich der vollständige Fragebogen in der deutschen und in der portugiesischen Fassung.

2.1.2. Antwortverteilung

Wegen der Übersichtlichkeit werden die Items hier nur stichwortmäßig wiedergegeben.

Das Antwortverhalten der 750 Versuchspersonen wird vorwiegend in den zusammengefassten Kategorien "stimmt weitgehend" und "stimmt vollkommen" analysiert und in Prozentsatz ausgedrückt. Zum Vergleich werden in Klammer andere häufige oder seltene Antwortweisen angegeben.

(Tabelle 12)

	stimmt	weitgehend vollkommen (in %)
1. Zeitdruck	40	(ein wenig 41)
2. Frühaufsteher	36	(gar nicht 33)
3. Ärger wegen Partner-warten	66	(gar nicht 7)
4. Lieber alles selber machen	77	(gar nicht 6)
5. Ziemlich schwer an Verant- wortung tragen	96	(gar nicht 0)
6. Belastung wegen Lebens- aufgaben	57	(ein wenig 32)
7. Belastungsaufregung	56	(ein wenig 32)
8. Ehrgeiz	38	(ein wenig 37)
9. Sich zuviel aufladen	42	(ein wenig 35)
10. Helfen beim "Stottern"	37	(ein wenig 48)
11. Faule Leute regen mich auf	76	(gar nicht 4)
12. Ärger wegen Warten (Büro, Geschäft, usw.)	70	(gar nicht 5)
13. Gefühl, die Zeit drängt	60	(gar nicht 13)
14. Gefühl, genauer zu sein	41	(ein wenig 35)
15. Immer in Eile	65	(gar nicht 10)
16. Keine Ruhe, solange Aufgabe nicht erledigt	73	(gar nicht 8)
17. Gefühl, mehr zu arbeiten als andere	39	(ein wenig 35)
18. Angespannt, wenn zu viel zu tun	65	(gar nicht 9)
19. Drang, alles schnell zu erledi- gen	74	(gar nicht 6)
20. Nicht abschalten in der Frei- zeit	54	(gar nicht 17)

Von allen Variablen war die 5. die einzige, die in der Kategorie "stimmt vollkommen" eine höhere Ausprägung (62%) hatte als alle anderen Kategorien.

Neben dem schweren Gefühl seiner Verantwortung zeigten die Versuchspersonen vor allem stärkere Ungeduld, Unruhe und Eile. Die Items mit den höchsten Häufigkeiten betreffen:

- Lieber selber machen als zusehen, wenn andere langsam arbeiten (Item 4)
- Sich aufregen wenn faule Leute eine Arbeit verzögern (Item 11)
- Darauf drängen, daß die Arbeit schnell erledigt wird (Item 19)
- Keine Ruhe haben, solange die Arbeit nicht fertig ist (Item 16)
- Sich ärgern, wenn im Büro, Geschäft, oder auf den Partner, gewartet werden muß (Item 12).

Sie zeigten nicht nur in diesen Variablen Ausprägungen über 70% hinaus, sondern in der entgegengesetzten Kategorie "gar nicht" dieser Variablen sind die niedrigsten Prozentsätze der Stichprobe - alle unter 8% - zu verzeichnen.

2.1.3. Die Faktorenanalyse

Es wurden 5 Sekundärfaktoren mit Eigenwert gleich oder größer als Eins errechnet. Sie erweisen eine relativ hohe Reliabilität. Nach der Varimax-Rotation erklärten die beiden ersten Faktoren 52% der Gesamtvarianz.

(Tabelle 13)

Faktor	Eigenwert	Reliabilität	Gesamtvarianz (in%)
1	3.032	.866	27
2	2.776	.819	25
3	2.000	.671	18
4	1.914	.696	17
5	1.596	.513	13

Angesichts jedoch der Tatsache, daß das inferenzstatistische Kriterium BARTLETT für die Faktorenzahl "zu viele und praktisch unbrauchbare Faktoren" (SCHUBÖ, 1973) errechnete, wurde ein Scree-Test durchgeführt, welcher dann lediglich 3 brauchbare Faktoren extrahierte:

Faktor 1 - "Belastung unter Druck"

Faktor 2 - "Ehrgeiz bei der Arbeit"

Faktor 3 - "Selbstbelastung".

Im Anhang 1 werden diese Sekundärfaktoren mit ihren entsprechenden Primärfaktoren und Ladungen dargestellt.

Die Interkorrelationen der 3 Typ-A-Faktoren erweisen hohe Korrelationen untereinander auf: (Tabelle 15)

	Belastung unter Druck	Ehrgeiz bei der Arbeit
Belastung unter Druck		
Ehrgeiz bei der Arbeit	.71***	
Selbstbelastung	.85***	.72***

In den folgenden Tabellen werden die Zusammenhänge der einzelnen Typ-A-Sekundärfaktoren mit anderen Kriterien untersucht.

In Tabelle 14 wird ersichtlich, daß die Typ-A-Sekundärfaktoren unterschiedlich mit den Kriterien korrelieren. Der Faktor Ehrgeiz bei der Arbeit weist hier die höheren Korrelationen mit den anderen Kriterienfaktoren auf. Bei der Belastung, den sympathikotonischen Beschwerden, der Angst und den Herz-Kreislaufsymptomen, werden die höchsten Interkorrelationen beobachtet.

Der Faktor Belastung unter Druck korreliert am stärksten mit der Belastungsvariable, den Herz- und Kreislaufsymptomen, und der Angst. Auch sympathikotonische Beschwerden treten im Zusammenhang mit der Druckbelastung auf.

Der Faktor Selbstbelastung zeigt generell die niedrigsten Korrelationen auf, allerdings seine höchste Interkorrelationen liegen im Bereich der sympathikotonischen Beschwerden und der Notwendigkeit, Entscheidungen zu treffen um die Situation zu meistern. Bezüglich Lebensgewandtheit zeigten die Typ-A-Faktoren, wie erwartet, relativ niedrige Korrelationen.

Die stärksten Faktoren erwiesen sogar keinen korrelativen Zusammenhang mit der Variable "Flexibilität". Relativ niedrig sind auch die Korrelationen mit den Symptomen einer Unteraktivierung des Organismus.

Tabellle: 14

KRITERIEN	Faktor 1 Belastung unter Druck	Faktor 2 Ehrgeiz bei d.Arbeit	Faktor 3 Selbstbelastung
Typ-A Belastung unter Druck			
Typ-A Ehrgeiz bei der Arbeit			
Typ-A Selbstbelastung			
Angst	.32 ***	.37 ***	.26***
Belastung	.35 ***	.41 ***	.29***
Lebensqualität im Beruf	.24 ***	.26 ***	.18***
Lebensqualität in der Familie	.25 ***	.31 ***	.20***
Lebensqualität b.anderen Aktivitäten	.20 ***	.22 ***	.13***
Lebensgewandtheit i.wichtig. Situat.	.10**	.12 ***	.24***
Lebensgewandtheit d. Flexibilität	-	-	.17***
Lebensgewandtheit b. Entscheidungen	.15***	.16***	.30***
Lebensgewandtheit d.Menschenkenntnis	.18***	.19***	.28***
Beschwerden Summenwert	.34***	.34***	.26***
Sympathikoton. Beschwerden	.28***	.38***	.30***
Herz-, Kreislaufbeschwerden	.33***	.34***	.25***
Vagotonische Beschwerden	.15***	.16***	.13***
Diabetis- u. Übergewichtsbeschwerden	.18***	.20***	.14***
Tabletten	.14***	.12 ***	.09*

95.5% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.001\%$

2.3% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.01\%$

2.3% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.05\%$

2.2. Globales Stress- und Angststrating (GSA)

2.2.1. Der Fragebogen:

Der Fragebogen bestand aus 5 Fragen zur Angst und 5 Fragen zur Belastung, welche eine graduelle Einstufung aufwiesen:

- 1 = nicht ängstlich, bzw. nicht belastet
- 2 = etwas ängstlich, bzw. etwas belastet
- 3 = mittelmäßig ängstlich, bzw. mittelmäßig belastet
- 4 = stark ängstlich, bzw. stark belastet
- 5 = sehr stark ängstlich, bzw. sehr stark belastet.

Die Fragen waren ebenfalls in der Ich-Aussage-Form formuliert.

2.2.2. Die Antwortverteilung

(Tabelle 16)

stark/sehr stark		
Angst	21 %	(etwas 45 %)
Streß	37 %	(etwas 31 %)

Aus diesem Antwortverhalten geht hervor, daß Streß stärker erlebt wird als Angst. Allerdings im "ETWAS"-Bereich sehen wir ein gegensätzliches Verhältnis. Dort überwiegt die Angst sämtliche andere Kategorien aller beider Faktoren. Berücksichtigt man, daß 23% der Population "mittelmäßige" Angst erlebt hatte, so ergibt sich im "mittleren" Skalenbereich eine Konzentration von 68% der Gesamtstichprobe. Diese Verteilung läßt daher eine "latente Angst" in den Versuchspersonen vermuten.

2.2.3. Die Faktorenanalyse

Die Interkorrelation beträgt .94. Die Korrelationen mit den anderen Kriterien sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Es zeigt sich, daß die globalen Angst und Belastungsausprägungen der Versuchspersonen im Zusammenhang stehen mit den gesamten Typ-A-Faktoren, mit den Beschwerdefaktoren, die in eine Aktivierung einhergehen, mit Tablettenkonsum und mit den Faktoren der Lebensqualität: Hier höchstwahrscheinlich mit den negativen Subskalen, die sich dort auf alle 3 Bereiche beziehen.

Tabelle: 17

KRITERIEN	Angst	Belastung
Typ-A Belastung unter Druck	.30 ***	.30 ***
Typ-A Ehrgeiz bei der Arbeit	.32 ***	.35 ***
Typ-A Selbstbelastung	.37 ***	.41 ***
Angst		
Belastung		
Lebensqualität im Beruf	.36 ***	.39 ***
Lebensqualität in der Familie	.42 ***	.44 ***
Lebensqualität b.anderen Aktivitäten	.38 ***	.39 ***
Lebensgewandtheit i.wichtig. Situat.	-.12***	-.13***
Lebensgewandtheit d. Flexibilität	-.20 ***	-.20 ***
Lebensgewandtheit b. Entscheidungen		
Lebensgewandtheit d.Menschenkenntnis		
Beschwerden Summenwert	.35 ***	.35 ***
Sympathikton. Beschwerden	.40 ***	.42 ***
Herz-, Kreislaufbeschwerden	.32 ***	.33 ***
Vagotonische Beschwerden	.14 ***	.16 ***
Diabetis- u. Übergewichtsbeschwerden	.16 ***	.16 ***
Tabletten	.25 ***	.27 ***

Alle dargestellten Korrelationen sind signifikant auf dem 0.5%- , 0.01% und 0.001%-Niveau

2.3. Lebensqualität

2.3.1. Der Fragebogen

Der Fragebogen mit 8 Adjektiven-Variablen - ängstlich, belastet, eingeschränkt, einsatzfähig, glücklich, traurig, freudlos und freudvoll - und 5 Einstufungsmöglichkeiten - nie, selten, manchmal, häufig und sehr häufig - befragte die Teilnehmer nach ihrem jeweiligen Gefühl bei der Arbeit, der Familie und bei sonstigen anderen Aktivitäten. Alle Antworten bezogen sich auf das letzte Lebensjahr.

2.3.2. Die Antwortverteilung

Zum Zweck der Übersichtlichkeit werden die positiven bzw. negativen Gefühlsvariablen zusammengesetzt und in den jeweiligen 3 Bereichen getrennt behandelt. In allen Bereichen wird der Prozentsatz der mittleren Kategorie "manchmal" angegeben und für die positiven Gefühle die zusammengesetzte Kategorie "häufig und sehr häufig".

Für die negativen Gefühle die gegenteiligen Kategorien "nie und selten":

1. BERUF

ängstlich	37% manchmal 54% nie und selten
belastet	38% manchmal 34% nie und selten
eingeschränkt	37% manchmal 43% nie und selten
traurig	35% manchmal 51% nie und selten
freudlos	45% manchmal 43% nie und selten
einsatzfähig	22% manchmal 69% häufig und sehr häufig
glücklich	32% manchmal 56% häufig und sehr häufig
freudvoll	33% manchmal 55% häufig und sehr häufig

2. FAMILIE

ängstlich	42% manchmal
	43% nie und selten
belastet	39% manchmal
	39% nie und selten
eingeschränkt	35% manchmal
	45% nie und selten
traurig	38% manchmal
	44% nie und selten
freudlos	50% manchmal
	30% nie und selten
einsatzfähig	23% manchmal
	66% häufig und sehr häufig
glücklich	32% manchmal
	55% häufig und sehr häufig
freudvoll	37% manchmal
	53% häufig und sehr häufig

3. BEI ANDEREN AKTIVITÄTEN

ängstlich	33% manchmal
	58% nie und selten
belastet	29% manchmal
	57% nie und selten
eingeschränkt	34% manchmal
	52% nie und selten
traurig	36% manchmal
	54% nie und selten
freudlos	40% manchmal
	48% nie und selten

einsatzfähig	32% manchmal 48% häufig und sehr häufig
glücklich	36% manchmal 45% häufig und sehr häufig
freudvoll	40% manchmal 45% häufig und sehr häufig

Eine interessante Beobachtung wird hier bezüglich des Antwortverhaltens gemacht:

Im BERUFSLEBEN hatten die Versuchspersonen

88%	manchmal, nie oder selten <u>freudlose</u> Gefühle
88%	manchmal, häufig oder sehr häufig <u>freudvolle</u> Gefühle
86%	manchmal, nie oder selten <u>traurige</u> Gefühle
88%	manchmal, häufig oder sehr häufig <u>glückliche</u> Gefühle
80%	manchmal, nie oder selten sich <u>eingeschränkt</u> gefühlt
91%	manchmal, häufig oder sehr häufig sich <u>einsatzfähig</u> gefühlt.

Daraus könnten einige Annahmen zur Arbeitslust und über die Einstellung zur Arbeit von den brasilianischen Versuchspersonen abgeleitet werden.

Ein ähnliches Bild wird auch im FAMILIEN(LEBEN) beobachtet:
Es fühlten sich

80%	manchmal, nie oder selten <u>freudlos</u>
90%	manchmal, häufig oder sehr häufig <u>freudvoll</u>
82%	manchmal, nie oder selten <u>traurig</u>
87%	manchmal, häufig oder sehr häufig <u>glücklich</u>
80%	manchmal, nie oder selten <u>eingeschränkt</u>
89%	manchmal, häufig oder sehr häufig <u>einsatzfähig</u> .

Bei AKTIVITÄTEN AUSSERHALB DES BERUFS UND DER FAMILIE fühlten sich die Versuchspersonen:

88% manchmal, nie oder selten freudlos

85% manchmal, häufig oder sehr häufig freudvoll

90% manchmal, nie oder selten traurig

81% manchmal, häufig oder sehr häufig glücklich

86% manchmal, nie oder selten eingeschränkt

80% manchmal, häufig oder sehr häufig einsatzfähig.

2.3.3. Die Faktorenanalyse

Die 3 Faktoren der Lebensqualität wurden rational aufgestellt und folgen der Aufteilung der 3 Bereiche: Beruf, Familie und sonstige Aktivitäten. In jedem Bereich sind 5 Subskalen zu den negativen Gefühlen - ängstlich, belastet, eingeschränkt, traurig und freudlos - und 3 zu den positiven Gefühlen - einsetzungsfähig, glücklich und freudvoll.

Im Anhang werden sie mit ihren Items und entsprechenden Ladungen aufgestellt (siehe Anhang 2).

Sie erweisen auch eine hohe Interkorrelation untereinander:
(Tabelle 18)

	Beruf	Familie
LQ - Beruf		
LQ - Familie	.60***	
LQ - andere Aktivitäten	.64***	.72***

Wie oben schon ausführlich dargestellt, gaben die Versuchspersonen an, sich im Beruf wohl zu fühlen. Nach den o.g. Korrelationen scheint dieses Wohlbefinden sich noch stärker zwischen den Familien-Aktivitäten und anderen Tätigkeiten zu finden. Allerdings beziehen sich die "anderen Aktivitäten" stärker auf den Beruf als auf die Familie.

In Tabelle 19 werden die Interkorrelationen dieser 3 Lebensqualitätsfaktoren mit anderen Kriterienvariablen dargestellt.

Tabelle: 19

KRITERIEN	LQ-Beruf	LQ-Familie	LQ-andere Aktivitäten
Typ-A Belastung unter Druck	.24***	.25***	.20**
Typ-A Ehrgeiz bei der Arbeit	.26***	.31***	.22***
Typ-A Selbstbelastung	.18***		.13***
Angst	.39***	.44***	.39***
Belastung	.36***	.42***	.38***
Lebensqualität im Beruf			
Lebensqualität in der Familie			
Lebensqualität b.anderen Aktivitäten			
Lebensgewandtheit i.wichtig. Situat.	-.16***	-.21**	-.23***
Lebensgewandtheit d. Flexibilität	-.24***	-.25***	-.33***
Lebensgewandtheit b. Entscheidungen	-.10**		-.10**
Lebensgewandtheit d. Menschenkenntnis	-.14***	-.10**	-.35***
Beschwerden Summenwert	.25***	.33***	.35***
Sympathikoton. Beschwerden	.29***	.38***	.37***
Herz-, Kreislaufbeschwerden	.20**	.26***	.28***
Vagotonische Beschwerden	.15***	.23***	.24***
Diabetis- u. Übergewichtsbeschwerden	.12***	.14***	.16***
Tabletten		.11**	.15***

90.5% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.001\%$ 9.5% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.01\%$

Aus ihr wird ersichtlich, daß die Lebensqualität in allen 3 Bereichen mit der Zunahme von Flexibilität abnimmt, u.a. bei Tätigkeiten außerhalb der Familie und des Berufs.

Auch das Entscheiden in wichtigen Lebenssituationen führt zur Abnahme der Lebensqualität. Allerdings weniger im beruflichen Bereich.

Interessant ist die Beziehung zwischen Lebensqualität und Angst-Belastung bzw. Belastungsangst. Vor allem im familiären Leben verstärkt sich diese Angst proportionell zu den Veränderungen der Lebensqualität. Nachdem der Fragebogen aus 5 negativen und nur 3 positiven Variablen besteht, ist hier anzunehmen, daß diese angstverstärkende Veränderung der Lebensqualität sich vorwiegend auf diejenigen Veränderungen beziehen, die in eine Verschlechterung der Lebensqualität implizierten. Nur so sind auch die Korrelationen mit den Beschwerdefaktoren zu verstehen.

2.4. Lebensgewandtheit

2.4.1. Der Fragebogen

Der Fragebogen besteht aus 25 Fragen in der Ich-Aussage-Form, die aber alle positiven Inhalt bzw. positive Strategien zur Bewältigung von Krisen und kritischen Situationen enthalten. Die Antwort wird mit der "Lienert-Skala" aufgenommen:

- 1 = stimmt gar nicht
- 2 = stimmt ein wenig
- 3 = stimmt weitgehend
- 4 = stimmt vollkommen.

2.4.2. Die Antwortverteilung

Auch hier werden die Item-Aussagen in einer sehr vereinfachten Form dargestellt. Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang.
(Tabelle 20)

	stimmt weitgehend/ vollkommen	stimmt ein wenig
1. sich immer gut zurechtfinden	60%	34%
2. immer Priorität setzen	77%	20%
3. Absicht des anderen erkennen	45%	40%
4. Voraussetzung-Folgerung-Beziehung erkennen	47%	40%
5. situationsangepasstes Handeln	50%	39%
6. Sensibilität für Lagebesprechungen	56%	35%
7. Ruhe in schwierigen Situationen	38%	49%
8. Gutes Erfassen mitmenschlicher Probleme	53%	37%
9. Flexibilität	47%	35%
10. richtig loben und tadeln können	48%	41%
11. Anpassungsfähigkeit	55%	33%
12. richtige Ansprüche stellen	36%	(gar nicht)35%
13. Lebenslage richtig einschätzen	72%	24%
14. Bedürfnisse des anderen berücksichtigen	78%	19%
15. reflektieren anstatt emotionell reagieren	54%	34%
16. gutes Beurteilungsvermögen	69%	25%
17. Konsequentes Handeln	72%	25%
18. gerechtes Loben und Tadeln	46%	39%
19. Einfühlung für Menschen in Schwierigkeiten	60%	29%
20. Anderen vertrauen	61%	27%
21. Umstellen von Falsches auf Besseres	70%	25%
22. richtige Ansprüche stellen	62%	28%
23. wissen, mit Menschen umzugehen	87%	12%
24. gute Menschenkenntnis haben	52%	44%
25. Leistung richtig beurteilen können	75%	20%

Auffällig ist hier zuerst die Stabilität der Antwortreaktionen. Abgesehen von den aufsummierten Kategorien war die Häufigkeit in 24 von 25 Variablen auf "ein wenig" stärker. Lediglich im Item 12, das nach der Fähigkeit, richtige Ansprüche zu stellen, fragte, war die Häufigkeit der absoluten "Nicht-Könnern" ("gar nicht") größer als die von allen anderen Kategorien, und so groß wie die der "Könnern".

Die höchste Homogenität war im Item 23 - das Wissen mit Menschen umzugehen -. 87% der Versuchspersonen sagten "Ja, stimmt weitgehend und vollkommen".

12% bejahten dies nur "ein wenig" und lediglich 1%, die dies völlig ablehnten.

Die wichtigsten Charakteristika der Lebensgewandtheitsmaßnahmen unserer Versuchspersonen waren daher: (Tabelle 21)

1. Wissen, mit den Menschen umzugehen	87%
2. Immer alle Bedürfnisse des anderen berücksichtigen	78%
3. Immer Prioritäten setzen	77%
4. Wissen, die Leistung des anderen richtig beurteilen	75%
5. Konsequentes Handeln	72%
6. Lebenslage richtig einschätzen können	72%
7. Schnell vom Falschen auf Besseres umstellen können	70%

2.4.3. Faktorenanalyse

4 Faktoren wurden hier extrahiert. Ihre Eigen- und Reliabilitätswerte werden zusammen dem jeweiligen Anteil an der Gesamtvarianz - nach der Varimax-Rotation - wiedergegeben. (siehe Tabelle 22).

(Tabelle 22)

Faktor	Eigenwert	Reliabilität	Gesamtvarianz
1 LG in wichtigen Situationen	3.096	.866	24%
2 LG durch Flexibilität	3.069	.863	24%
3 LG bei Entscheidungen	2.728	.822	21%
4 LG durch Menschenkenntnis	2.478	.864	19%

Im Anhang 3.4 werden sie mit ihren entsprechenden Items und Ladungen dargestellt.

Die Interkorrelationen dieser 4 Faktoren sind (Tabelle 23)

	LG i.wicht. Situation.	LG d. Flexib.	LG bei Entscheid.
1 LG in wichtigen Situationen			
2 LG d. Flexibilität	.63 ***		
3 LG bei Entscheidungen	.56 ***	.65 ***	
4 LG d. Menschenkenntnis	.59 ***	.48 ***	.44 ***

Flexibilität scheint der wichtigste Faktor bei der Bewältigung wichtiger Situationen (.63) und bei Entscheidungen (.65) zu sein. Aber auch Menschenkenntnis mögen einem sehr dabei helfen (.59). Die Fähigkeit zu entscheiden, erweist sich als "entscheidend", sowohl für die Meisterung der wichtigen Situationen wie u.a. bei der Entstehung von Flexibilität.

In der Tabelle 24 werden die Interkorrelationen der Lebensge-
wandtheitsfaktoren mit den anderen Kriterien verglichen.

Tabelle: 24

KRITERIEN	LG in wichtigen Situationen	LG durch Flexi- bilität	LG bei Ent- scheidungen	LG durch Menschenkenntnis
Typ-A Belastung unter Druck	.10**		.15***	.18***
Typ-A Ehrgeiz bei der Arbeit	.12***		.16***	.19***
Typ-A Selbstbelastung	.24***	-.17***	.30***	.28***
Angst	-.13***	-.20***		
Belastung	-.12***	-.20***		
Lebensqualität im Beruf	-.16***	-.24***	-.10**	-.14***
Lebensqualität in der Familie	-.21***	-.25***		-.10**
Lebensqualität b. anderen Aktivitäten	-.23***	-.33***	-.10**	-.15***
Lebensgewandtheit i. wichtig. Situat.				
Lebensgewandtheit d. Flexibilität				
Lebensgewandtheit b. Entscheidungen				
Lebensgewandtheit d. Menschenkenntnis				
Beschwerden Summenwert		-.12 ***	.09*	
Sympathikoton. Beschwerden		-.15 ***	.07*	
Herz-, Kreislaufbeschwerden		-.10 **	.08*	
Vagotonische Beschwerden		-.08 *		
Diabetis- u. Übergewichtsbeschwerden			.08*	.12***
Tabletten		-.07 *		

68,6% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.001\%$ 14,3% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.01\%$ 17,1% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.05\%$

Der Zusammenhang zwischen Meisterung wichtiger Lebenssituationen, Entscheidungen, einfühlsames Einhergehen auf die Menschen und Selbstbelastung, wird hier deutlich bestätigt.

Auch die negativen Korrelationen zwischen LG in wichtigen Situationen und eine Veränderung der Lebensqualität im allgemeinen besagt: je schlechter die Lebensqualität wird, um so häufiger muß man es in wichtigen Situationen meistern. Die Inkompatibilität solcher Lebenslagen mit der Flexibilität eines Menschen werden durch die negativen Korrelationen verdeutlicht. Wer flexibel sein will, muß auch seine Ängste und Belastungen abbauen.

Flexibilität und Krankheit passen nicht zusammen, sowie auch nicht Flexibilität und Tabletteneinnahme. Beide haben negative Korrelationen.

2.5. Initiative

2.5.1. Der Fragebogen

Diese Variable bestand aus einem einzigen Item, das ein standardisiertes globales Rating zur Initiative erfragt.

9. Wieviel eigene Initiative können (Abbildung 49)
Sie einsetzen

bei der	<u>Arbeit</u>	im	<u>Leben</u>
keine			
geringe			
mäßig viel			
viel			
sehr viel			

2.5.2. Die Antwortverteilung

Damit der Unterschied zwischen Initiative-Einsatzmöglichkeiten im Arbeits- und im privaten Lebensbereich deutlicher wird, werden sie hier tabellarisch dargestellt:

(Tabelle 25)

	Arbeit	privates Leben
sehr viel	21%	19%
viel	38%	36%
mäßig viel	27%	29%
geringe	11%	12%
keine	3%	4%

Der private Bereich zeigt sich als derjenige Bereich, der die Versuchspersonen stärker einschränkte.

Die Unterschiede wurden aber keiner Signifikanzüberprüfung unterzogen und sind in allen Kategorien geringfügig.

2.5.3. Die Faktorenanalyse

Die zwei Faktoren Initiative bei der Arbeit und im privaten Leben korrelieren mit anderen Kriterien-Variablen mit folgenden Werten (s. Tabelle 26).

Initiativmaßnahmen bei der Arbeit bewirkt eine Abnahme der Lebensqualität im Familien- und Freizeitleben. Vielleicht gerade deswegen, weil dies Extra-Einsätze verlangt und "job involvement" impliziert. Gleichenfalls verursacht Initiative im privaten Leben eine Abnahme der beruflichen, wie auch der Freizeit-Qualität.

Initiative in allen Bereichen steht aber ganz im Sinne der Lebensbewältigung. Vor allem mit der Flexibilität korreliert sie bedeutsamer als sonst. Allerdings mit einer stärkeren Betonung auf die Arbeit. Auch hier widerspiegelt sich die gewisse Einschränkung der Initiative, die im privaten Leben stärker ausgeprägt ist als im Beruf.

Zur Initiative gehört aber etwas weniger Angst, gewisse Selbstbelastung - aber nicht unbedingt Belastung von außen (die Korrelation ist klein) - und in 95% der Fälle wird ein gewisser Ehrgeiz bei der Arbeit vorausgesetzt.

Tabelle: 26

KRITERIEN	Initiative bei der Arbeit	Initiative im privaten Leben	Freiheit bei der Arbeit	Freiheit im privaten Leben
Typ-A Belastung unter Druck	.08*			
Typ-A Ehrgeiz bei der Arbeit	.11**	.12***		
Typ-A Selbstbelastung	-.14***	-.15***		
Angst	-.13***	-.14***	-.13***	-.17***
Belastung	-.14***	-.24***	-.13***	-.17***
Lebensqualität im Beruf	-.23***	-.47***	-.20***	-.35***
Lebensqualität in der Familie	-.26***	-.20***	-.28***	-.25***
Lebensgewandtheit i.wichtig. Situat.	.25***	.23***	-.27***	-.25***
Lebensgewandtheit d. Flexibilität	.36***	.31***	.19***	.20***
Lebensgewandtheit b. Entscheidungen	.23***	.21***	.26***	.25***
Lebensgewandtheit d.Menschenkenntnis	.23***	.21***	.15***	.17***
Beschwerden Summenwert	-.10**		.17***	.19***
Sympathikotonische Beschwerden	-.11**	-.09*	.18***	-.08*
Herz-, Kreislaufbeschwerden	-.07*		-.17***	-.11***
Vagotonische Beschwerden	-.13***		-.12***	
Diabetis- u. Übergewichtsbeschwerden			-.15***	
			-.11**	

96% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.001\%$ 2% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.01\%$ 2% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.05\%$

2.6. Freiheit

2.6.1. Der Fragebogen

Im gleichen Standardformat wie die Initiative erfragte diese 1-Item-Variable nach dem aktuellen Ausmaß der Handlungsfreiheit im Beruf und sonstigen Leben.

(Abbildung 50)

10. Wieviel Freiheit haben Sie

bei der	<u>Arbeit</u>	im	<u>Leben</u>
keine			
geringe			
mäßig viel			
viel			
sehr viel			

2.6.2. Die Antwortverteilung

Auch hier wird durch die tabellenhafte Darstellung der Antworthäufigkeiten die jeweiligen Unterschiede hervorgehoben.
(Tabelle 27)

	Freiheit in der Arbeit	Freiheit im privaten Leben
sehr viel	24%	22%
viel	38%	28%
mäßig viel	23%	31%
geringe	12%	14%
keine	3%	5%

Die gleichen Unterschiede der Initiativen-Variable werden hier beobachtet. Bezüglich der Freiheit scheint der private Bereich der einschränkendere zu sein.

2.6.3. Die Faktorenanalyse

Selbstverständlich da, wo geringe Initiative-Möglichkeiten gegeben werden, wird auch mehr Freiheit abgeschnitten. Auch die Lebensqualität nimmt ab. Dies wird durch die Interkorrelationstabelle 26 gezeigt.

Die dort dargestellten Korrelationen erweisen einen positiven signifikanten Zusammenhang mit der Flexibilität und Meisterung von wichtigen Situationen.

Allerdings, je mehr Freiheit, desto schlechter die Lebensqualität, u.a. im Beruf. Mit einer Zunahme der Freiheit verliert die Angst an Stärke und die Symptome auch.

Je mehr Freiheit, umso größer die Möglichkeit der Lebensgewandtheit!

3. GESUNDHEITSPROBLEME

Dieser Bereich der verwendeten Kriterien erfasst 2 Subskalen:

- a) die Medikamentenliste
- b) die Beschwerdenliste

Diese Listen werden hier vorgestellt, faktorenanalysiert und kommentiert.

3.1. Die Medikamentenliste

3.1.1. Der Fragebogen

Mit einer 5-stufigen Skala wurden 7 Klassen von Medikamenten nach ihrem Konsum im vorangegangenen Lebensjahr gefragt:

(Abbildung 51)

Wie oft nahmen Sie im letzten Jahr folgende Tabletten ein?	nie	gele- gent- lich	1-mal in d. Woche	1-mal täg- lich	mehr- mals tägl.
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Schmerzmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Anregende Mittel	☐	☐	☐	☐	☐
Abführmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Herzkreislaufmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐	☐

3.1.2. Die Antwortverteilung

2 Aspekte sollen hier betont werden:

- a) Medikamentenkonsum ist immer eine sehr wichtige Korrelate bei der Analyse von Aufrechterhaltungsbedingungen von psychosomatischen Störungen
- b) das brasilianische Gesundheitswesen übernimmt zwar die Kosten sämtlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, bis auf die Medikamente, die privat, vom Patienten selbst bezahlt werden müssen.

(Tabelle 28)

	nie	gelegentlich	1-mal Woche	1-mal tägl.	mehr mals tägl.	
Beruhigungsmittel	42	40	05	11	2	
Schlafmittel	72	21	3	3	1	
Schmerzmittel	14	65	6	7	7	(Angaben in %)
Anregende Mittel	83	13	2	1	1	
Abführmittel	59	34	4	3	1	
Herzkreislaufmittel	29	11	3	25	31	
Sonstige	36	46	5	8	5	

Die meist eingenommenen Medikamente sind Herz- und Kreislaufmittel. Nachdem 49% der Stichproben-Teilnehmer an organischen Erkrankungen litten, war dies schon zu erwarten. Auch die Mengen - mehrmals täglich 31%; einmal täglich 25%, sind im Verhältnis zu allen anderen Mitteln sehr hoch.

Der allgemeine Medikamentenkonsum scheint sehr niedrig zu sein. Die Schmerzmittel und Beruhigungstabletten werden häufiger genommen.

3.1.3. Die Faktorenanalyse

Nachdem die Medikamente nicht weiter differenziert werden können, bilden sie alle zusammen einen Faktor, der hier Tabletten-Summenwert genannt wird. Dieser Faktor korreliert wie folgt mit den anderen Kriterien-Variablen: (Tabelle 29)

	Tabletten-Summenwert
Angst	.20
Belastung	.23
Beruhigungsmittel	.63
Schlafmittel	.50
Schmerzmittel	.53
Anregende Mittel	.37
Abführmittel	.44
HerzKreislaufmittel	.69
andere Mittel	.48
Beschwerden Summenwert	.48
Sympatikotonische Beschwerden	.52
Herz-Kreislaufbeschwerden	.52
Vagotonische Beschwerden	.27
Diabetis-Übergewichtsbeschwerden	.40

Aus dieser Korrelationsliste wird ersichtlich, daß diese Medikamente zuerst für Herzbeschwerden (.61) angewandt wird, aber auch für Beruhigungszwecke (.63). "Gedämpfte" Patienten erleben weniger Angst bzw. Belastungsängste (.20).

In den Dimensionen "Typ-A" korrelierten Tablettenkonsum mit den Faktoren "Belastung unter Druck" (.14***), "Ehrgeiz bei der Arbeit" (.12***) am stärksten, gefolgt von "Selbstbelastung" mit 0.9*.

(Diese Angaben stammen aus den Auswertungsunterlagen, die hier nicht aufgeführt wurden.)

3.2. Die Beschwerdenliste

3.2.1. Der Fragebogen

Eine Auflistung von den 20 häufigsten Beschwerden mit einer 5-stufigen Skale zum Auftreten einer Krankheit, bietet der Versuchsperson die Möglichkeit einer individuellen Bezugnahme zur Erkrankung an. Diese Fragen-Liste wird hier vollständig wiedergegeben:

(Abbildung 52)

Wie schwer treffen folgende
Beschwerden/Krankheiten
auf Sie zu?

	Beschwerden/Krankheitsgrad				
	nicht	kaum	mäßig stark	zieml. stark	sehr stark
1. Herzbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
2. Kreislaufbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bluthochdruck	☐	☐	☐	☐	☐
4. zu niedriger Blutdruck	☐	☐	☐	☐	☐
5. Allg. Erschöpfungszustand	☐	☐	☐	☐	☐
6. Nervöse Überbelastung	☐	☐	☐	☐	☐
7. Angstzustände	☐	☐	☐	☐	☐
8. Magen-Darmbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
9. Leber- und Gallenbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
10. Kreuz- und Rückenschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
11. Rheuma, Gelenkbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
12. Asthma, Bronchitis	☐	☐	☐	☐	☐
13. Übergewicht	☐	☐	☐	☐	☐
14. Zuckerkrankheit	☐	☐	☐	☐	☐
15. Nieren-Blasenleiden	☐	☐	☐	☐	☐
16. Schlafstörungen	☐	☐	☐	☐	☐
17. Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
18. Migräne	☐	☐	☐	☐	☐
19. Erholung nach einer Operation	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ganz allgemeine Beschwerden	☐	☐	☐	☐	☐

Unterstreichen Sie zum Schluß die Beschwerde, die für Sie am wichtigsten ist.

3.2.2. Die Antwortverteilung

Der Übersichtlichkeit wegen werden in jeder Zeile der Tabelle 30 nur die aussagekräftigsten Prozentsätze angegeben:

	nicht	kaum	mäßig stark	ziemlich stark	sehr stark (in%)
Herzbeschwerden			30		
Kreislaufbeschwerden			21		
Hypertonie			16		
Hypotonie			11		
Allg. Erschöpfungszustand			27	12	
Nervöse Überbelastung			32	21	
Angstzustände			15		
Magen-Darm-Beschwerden			19		
Leber-Gallenerkrankung			12		
Kreuz-Rückenbeschwerden			23	12	
Rheuma-Gelenkbeschwerden			15		
Asthma-Bronchitisbeschwerden			4		
Übergewichtsbeschwerden			13		
Zuckerkrankheit			6		
Nieren-Blasenerkrankung			9	12	
Schlafstörungen			13		
Kopfschmerzen			21		
Migräne			10		
Erholung nach einer Operation			13		
Allgemeine Beschwerden			45		

Als die für sie wichtigsten Beschwerden kreuzen 41% der Versuchspersonen die Herzbeschwerden, 9% die Hypertonie, 7% die nervöse Belastung, an. Alle anderen Krankheiten erhielten Prozentsätze niedriger als 5%.

3.2.3. Die Faktorenanalyse

Es wurden 4 verschiedene Faktoren und auch ein genereller Summenwert-Faktor extrahiert.

Aufgrund ihrer Items und Subskalen werden sie dann betitelt. Tabelle 31 stellt sie, ihre Eigenwerte, Reliabilitäten und Gesamtvarianzanteile vor.

(Tabelle 31)

Faktor	Summenwert	Eigenwert	Reliabilität	Gesamtvarianz
1	Sympatikotonische Beschw.	3.381	.868	35%
2	Herz-Kreislaufbeschwerden	2.538	.842	26%
3	Vagotonische Beschwerden	2.124	.720	22%
4	Diabetis-u.Übergewichtsb.	1.694	.687	17%

In Tabelle 32 finden sich die Interkorrelationen der 4 Faktoren:

	Sympatiko- tonische Beschwerd.	Herz-und Kreislauf- Beschwerd.	Vagotonische Beschwerden
Sympatikotonische Beschwerden			
Herz- u.Kreislaufbeschwerden	.82 ***		
Vagotonische Beschwerden	.49 ***	.44 ***	
Diabetis-u. Übergewichtsbeschw.	.41 ***	.57 ***	.28 ***

Herz- und Kreislaufbeschwerden korrelieren sehr hoch mit sympatikotonischen Beschwerden (Hypertonie, nervöse Überbelastung, Angstzustände). Ebenso mit Diabetis- und Übergewichtsbeschwerden.

Wie auch bei der Interkorrelation vorher, wurde auch hier beobachtet, daß die Herz- und Kreislaufbeschwerden und die sympathikotonischen Beschwerden einen deutlichen und starken Vorrang in der Korrelationsmatrix haben. Daß gleichzeitig vagotonische und sympathikotonische Beschwerden mit der Lebensqualität (Familie und Freizeit) positiv korrelieren, begründet sich mit der Tatsache, daß diese 2 Systeme zwar antagonistische Funktionen im Organismus haben, dennoch aber nicht konträr zueinander arbeiten. Mit Zunahme der sympathischen Aktivitäten muß das Vagus-System sich stärker anstrengen, um zu versuchen, das Gleichgewicht herzustellen. Es können daher Beschwerden beider Systeme auftreten.

Die Interkorrelationen der Beschwerdefaktoren mit den anderen Kriterien-Variablen werden in Tabelle 33 dargestellt.

Die zwei stärksten Faktoren - Sympathikotonische Beschwerden und Herz-Kreislaufbeschwerden - korrelieren positiv und hoch mit sämtlichen Kriterien-Faktoren, ausgenommen die der Lebensgewandtheit. Die signifikanteste Korrelation ist allerdings mit der Belastungsangst, mit dem Typ-A-Faktor Belastung unter Druck, Ehrgeiz bei der Arbeit und Selbstbelastung.

Tabelle: 33

KRITERIEN	Sympathikotoni- sche Beschwerd.	Herz-und Kreis- laufbeschwerden	Vagotoni- sche Beschw.	Diabetis- und Übergewichtsbeschw.
Typ-A Belastung unter Druck	.38 ***	.33 ***		
Typ-A Ehrgeiz bei der Arbeit	.38 ***	.34 ***		.20 ***
Typ-A Selbstbelastung	.30 ***	.25 ***		
Angst	.42 ***	.33 ***		
Belastung	.40 ***	.32 ***		
Lebensqualität im Beruf	.29 ***	.20 ***		
Lebensqualität in der Familie	.38 ***	.26 ***	.23 ***	
Lebensqualität b.anderen Aktivitäten	.37 ***	.28 ***	.24 ***	
Lebensgewandtheit i.wichtig. Situat.				
Lebensgewandtheit d. Flexibilität	-.15 ***	-.10 **	-.08 *	
Lebensgewandtheit b. Entscheidungen	.07 *	.08 *		-.08 *
Lebensgewandtheit d.Menschenkenntnis		.08 *		.12 ***
Beschwerden Summenwert				
Sympathikoton. Beschwerden				
Herz-, Kreislaufbeschwerden				
Vagotonische Beschwerden				
Diabetis- u. Übergewichtsbeschwerden				
Tabletten	.40 ***	.52 ***	.27 ***	.40

98% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.001\%$

0.3% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.01\%$

2% der dargestellten Korrelationen sind $\alpha = 0.05\%$

4. Faktorenanalyse über allen Kriterien-Skalen

4.1. Allgemeines zu den Kriterien

Nach der getrennten Analyse aller einzelnen Kriterienskalen und nach der Extrahierung individueller Faktoren innerhalb jeder Skala, werden alle diese Kriterienfaktoren hier zusammen mehrmals faktorenanalysiert, um mögliche übergreifende Faktoren über allen Kriterien zu erfahren.

Solche Analysen ermöglichen nicht nur einen tieferen Blick in die interne Struktur dieser Kriterienfaktoren, sondern führen auch zu ihrer unmittelbaren Dimensionalisierung.

Der Gesamtbereich der Kriterien besteht aus 16 Variablen, mit insgesamt 141 Auswahl-Items. Davon werden 111 einzelne Antworten ausgearbeitet. Bis auf 3 Variablen sind alle Variablen bezüglich ihrer Antwortalternativen mehrfach stufig.

8 der Variablen gehören zum Subbereich "Persönliche Angaben", 2 zu "Gesundheitsprobleme" und die restlichen 6 Variablen zu dem Teil "Lebensdaten".

Aus den letzten 2 Bereichen wurden durch sekundäre Faktorenanalyse 19 hochkorrelierende Sekundärfaktoren ausgewertet (s. Abschnitte 2 und 3 dieses Teils).

In der vorliegenden Auswertung wurde aus allen der (wichtigsten) Kriterien-Variablen - bzw.:

- Alter
- Geschlecht (sozioökonomische Indikatoren)
- Einkommen
- Initiative in der Arbeit
- Initiative im privaten Leben
- Freiheit in der Arbeit
- Freiheit im privaten Leben

- globaler Streß und Angst - Summenwertfaktor
- globaler Streß und Angstfaktor
- Typ-A-Summenwert
- Lebensqualität im Beruf
- Lebensqualität in der Familie
- Lebensqualität bei anderen Aktivitäten
- Lebensgewandtheit in wichtigen Situationen
- Lebensgewandtheit durch Flexibilität
- Lebensgewandtheit durch Entscheidung
- Lebensgewandtheit durch Menschenkenntnis
- Beschwerden-Summenwert und
- Tabletten-Summenwert

eine Sekundärfaktorenanalyse berechnet, welche 2 Faktoren erbrachte.

Diese 2 "Ober"-Faktoren tragen nach der Varimax-Rotation folgende Merkmale:

(Tabelle 34)

Faktor	Eigenwert	Reliabilität	Gesamtvarianzanteil
1	2.784	.674	50.453
2	3.716	.782	49.547

Angesichts ihrer Besetzung können sie wie folgt bezeichnet werden:

Faktor 1: "Positive Lebensqualität"

Faktor 2: "Negative Lebensqualität".

In den nächsten 2 Abschnitten werden diese Faktoren getrennt beschrieben und kommentiert.

4.2. Faktor 1: "Positive Lebensqualität"

Dieser Faktor ist vom Faktor 2 sehr klar abgegrenzt. Seine 8 Primärfaktoren, aus denen er gebildet wird, kommen vollständig aus ihren jeweiligen ursprünglichen Bereichen: (Tabelle 35)

	Ladung	h^2
1. Initiative in der Arbeit	-.521	.316
2. Initiative im privaten Leben	-.555	.346
3. Freiheit in der Arbeit	-.407	.271
4. Freiheit im privaten Leben	-.496	.318
5. Lebensgewandtheit in wichtigen Situationen	-.763	.582
6. Lebensgewandtheit durch Flexibilität	-.776	.625
7. Lebensgewandtheit durch Entscheidung	-.723	.548
8. Lebensgewandtheit durch Menschenkenntnis	-.714	.521

Dieser Sekundärfaktor besteht also nur aus Primärfaktoren, die zum Lebensgenuss, zur Lebensbewältigung und Lebensmeisterung gehören.

Diese Faktoren finden auch ihre Korrelate in den 32 Kernbegriffen zum Konstrukt "Lebensmeisterung", die von BRENGELMANN, KETTLER, CASPER und MÜLLER (1983) berichtet wurden.

So entspricht hier der Begriff "Initiative" der Operationalisierung ihres Begriffs "Selbstverantwortlichkeit"; "Freiheit" gleicht ihrer "Entschlossenheit" und "Lebensgewandtheit" könnte ganz ihrem Oberbegriff "Lebensmeisterung" subsumiert werden.

4.3. Faktor 2: "Negative Lebensqualität"

Auch hier wird eine klare Abgrenzung der Primärfaktoren beobachtet. Ebenfalls aus 8 Faktoren wurde der Faktor 2 gebildet. Er läßt sich daher wie folgt beschreiben:

(Tabelle 36)

	Ladung	h^2
1. Globaler Streß und Angst-Summenwert	-.581	.351
2. Globaler Streß und Angst-Faktor	-.691	.478
3. Typ-A-Summenwert-Faktor	-.536	.443
4. Lebensqualität im Beruf	-.658	.496
5. Lebensqualität in der Familie	-.759	.624
6. Lebensqualität bei anderen Aktivitäten	-.715	.604
7. Beschwerden-Summenwert	-.651	.428
8. Tabletten-Summenwert	-.417	.190

Alle Primärfaktoren weisen hier auf "negative" Elemente des Lebens: Angst, Beschwerden, Medikamente, Belastung, Einschränkung, Freudlosigkeit, Traurigkeit, in verschiedenen Bereichen.

In dem, aus 16 positiven und 16 negativen Begriffen, bestehenden "Konstrukt zur Lebensmeisterschaft" von BRENGELMANN, KETTLER, CASPER und MÜLLER (1980), wäre eine Zuordnung der oberen Primärfaktoren zu den dort operationalisierten Begriffen der "Traurigkeit" und "Hilflosigkeit" denkbar.

Die 3 Kriterienfaktoren der sozioökonomischen Struktur - Alter, Geschlecht, Einkommen - erhielten keine Faktorstrukturzuordnung.

4.4. Interkorrelation der 2 Sekundärfaktoren der Kriterien

Die bereits dargestellten und beschriebenen Sekundärfaktoren der Kriterien "Positive" und "Negative Lebensqualität" wurden interkorreliert und erbrachten folgende Koeffizienten:

(Tabelle 37)

	positive Lebensqualität
positive Lebensqualität	
negative Lebensqualität	-.22***

Obwohl die Korrelation hier nicht die erwartete Höhe ausmacht, die in einer solchen Analyse gern gesehen wird, zeigt sie sich jedoch als deutliches Merkmal des Zusammenhangs zwischen ihnen, die Relativität des Begriffs Positiv bzw. Negativ. Für die immer erwartete, aber in der Realität wahrscheinlich nicht zutreffende Polarität dieser Dimensionen, sorgt das negative Vorzeichen.

Die Korrelation befindet sich innerhalb der Signifikanzschwelle $\alpha = 0.001\%$.

II. DIE PRÄDIKTOREN

Überblick

Die Streß- und Soziale Kompetenz-Skalen werden hier zuerst beschrieben. Nach der Analyse der Antwortverteilung werden sie dann getrennt faktorenanalysiert. Es entstehen auf diese Weise 2 Streß- bzw. Copingdimensionen, deren Faktoren dann einer zweiten Sekundärfaktorenanalyse unterzogen werden. Die daran gebildeten SEK-Faktoren werden dann als übergreifende Faktoren über alle Prädiktoren weitergeführt und in verschiedene andere Zusammenhänge analysiert.

1. Dimensionen des Stressverhaltens

1.1. Die Streßskalen

Die Untersuchung der Streßverhaltensweisen wurden mit Hilfe von 24 Fragebögen zu je 10 Items durchgeführt. Diese Fragebogen befinden sich im Anhang.

Im Abschnitt II. 2.2. wurde von ihrer Entwicklung und im Abschnitt II.2.3. von dem Anwendungsverfahren berichtet.

Die Abbildung 53 gibt noch einmal einen Gesamtüberblick der verwendeten 24 Streßvariablen wieder. Die in Klammern angegebenen Namen beziehen sich auf die jeweilige Quelle (Autor), aus welcher der einzelne Fragebogen stammt.

Abbildung 53

SKALEN ZU STRESSREAKTIONEN UND STRESSBEWÄLTIGUNG (STR)

S T R negativ:

S T R E S S - R E A K T I O N E N

1 Leistungsorientierung	(Camerer)
2 Besitzstreben	(Camerer)
3 Kummer und Sorgen	(Camerer)
4 Konflikthäufigkeit	(Camerer)
5 Konfliktstau	(Camerer)
6 Pessimismus	(Kettler)
7 Erschöpfung	(Kandolf)
8 Psychisch bedingte Beschwerden	(Kandolf)
9 Nicht abschalten können	(Makkonen)
10 Leistungseinschränkung unter Druck	(Makkonen)
11 Muskelverspannung	(Makkonen)
12 Resignation	(Guerra)

S T R positiv:

C O P I N G

13 Gewissenhaftigkeit	(Camerer)
14 Gehör finden	(Camerer)
15 Offenheit	(Camerer)
16 Handlungsfreiheit	(Camerer)
17 Konfliktlösungsfertigkeiten	(Camerer)
18 Optimismus	(Kettler)
19 Selbstbestimmung	(Guerra)
20 Selbstvertrauen	(Guerra)
21 Entspannungsfähigkeit	(Guerra)
22 Ärgerkontrolle	(Reig)
23 Entschlußkraft	(Brenghelmann)
24 Rigide Einstellung	(Makkonen)

1.2. Die Antwortverteilung

Zunächst wird das Antwortverhalten der 750 Versuchspersonen in der jeweiligen Subskala unter Berücksichtigung ihrer Mittelwerte, Varianz, Reliabilität, inneren Konsistenz und Trennschärfe beschrieben.

Die Antwortskala für alle Fragebögen lautete:

- 1 = stimmt gar nicht
- 2 = stimmt ein wenig
- 3 = stimmt weitgehend
- 4 = stimmt vollkommen

Die Skalen-Mittelwerte betragen daher nur Werte zwischen 1 und 4.

Alle Variablen sind sehr hoch reliabel und besitzen auch eine gute, hohe interne Validität. (siehe Tabelle 38).

Der durchschnittliche Mittelwert liegt bei 2.31 ("stimmt ein wenig"). Die Subskala mit dem niedrigsten Mittelwert war Pessimismus (1.56 = "stimmt ein wenig"). Dem gegenüber steht die Subskala Gewissenhaftigkeit mit dem höchsten Mittelwert (3.52 = "stimmt weitgehend").

Tabelle 38 :

	Skalen- Mittelwert	Skalen- Varianz	Odd-even- Reliabilität	Innere Konsistenz	Item mit der a) kleinsten, bzw. b) größten Trennschärfe
1. Leistungsorientierung	2.38	3.57	.868	.822	a) Ich spreche häufig über ein hervor- ragendes Abschneiden i.d.Arbeit(.535) b) Erfolgsstreben u. solide Leistung be- deuten mir sehr viel (.754)
2. Besitzstreben	2.37	5.49	.938	.998	a) Ich habe mir hohe materielle Ziele gesetzt (.710) b) Ich arbeite intensiv daran, sehr viel mehr zu besitzen (.854)
3. Kummer und Sorgen	1.93	4.55	.934	.895	a) Sorgen rauben mir häufig den Schlaf (.651) b) Ich muß viel Kummer ertragen(.788)
4. Konfliktthäufigkeit	1.81	3.76	.926	.875	a) Ich habe Bekannte, mit denen ich stän- dig Auseinandersetzungen habe (.594) b) Mit einigen Leuten komme ich schnell in eine gereizte Stimmung (.813)
5. Konfliktstau	2.40	3.81	.887	.800	a) Es fällt mir schwer, meinem Unmut Luft zu machen (.519). b) Ich verberge lieber meine Erregung, an- statt sie offen anzuschneiden (.710)
6. Pessimismus	1.56	3.40	.928	.890	a) Manchmal wünsche ich mir, ich wäre gar nicht da (.664) b) Die Zukunft wird nur wenig Freude bringen (.789)
7. Erschöpfung	1.81	4.70	.947	.918	a) Ich fühle mich vielen Anforderungen einfach nicht mehr gewachsen (.578) b) Ich kann nicht richtig arbeiten, weil ich körperlich überlastet bin (.855)

	Skalen- Mittelwert	Skalen- Varianz	Odd-even- Reliabilität	Innere Konsistenz	Item mit der a) kleinsten, bzw. b) größten Trennschärfe
8. Psychisch bedingte Beschwerden	1.94	5.93	.960	.943	a) Schicksalsschläge haben meiner körper- lichen Gesundheit sehr geschadet (.755) b) Sorgen und Probleme verstärken meine Schmerzen (.872)
9. Nicht abschalten können	2.03	4.91	.938	.926	a) In meiner Freizeit habe ich noch immer sehr viel zu tun (.652) b) Selbst in den Ferien entspanne ich mich nicht genügend (.820)
10. Leistungseinschränkung unter Druck	2.12	4.78	.927	.895	a) Wenn ich stark unter Druck stehe, muß ich tief durchatmen (.633) b) Hohe Anforderungen setzen meine Leistungs- fähigkeit beträchtlich herab (.791)
11. Muskelverspannung	1.74	5.13	.953	.944	a) Meine Schultermuskulatur fühlt sich manch- mal richtig hart an (.782) b) Selbst wenn ich mich gut ausruhe, sind meine Muskeln noch verspannt (.873)
12. Resignation	1.57	5.45	.963	.949	a) Ich kann nichts tun, um mein Leben zu beeinflussen (.747) b) Ich besitze keine Fähigkeit, mein Leben in die von mir gewünschten Bahnen zu lenken (.894)
13. Gewissenhaftigkeit	3.32	2.44	.903	.873	a) Gute Traditionen werden von mir hoch geschätzt (.636) b) In wichtigen Dingen halte ich es mit der Ordnung genau (.758)

	Skalen- Mittelwert	Skalen- Varianz	Odd-even- Reliabilität	Innere Konsistenz	Item mit der a) kleinsten, bzw. b) größten Trennschärfe
14. Gehör finden	2.48	4.68	.940	.910	a) Ich finde bei anderen Leuten immer ein offenes Ohr für meine Probleme (.708) b) Ich finde immer Leute, die mir Zeit und Gehör schenken (.822)
15. Offenheit	2.63	4.35	.940	.854	a) Es fällt mir leicht, auch ganz persön- liche Dinge offen zu diskutieren (.571) b) Ich bin es gewöhnt, meine Meinung offen auszudrücken (.778)
16. Handlungsfreiheit	2.46	4.97	.910	.905	a) Unter Fremden werde ich ermutigt, meinen eigenen Wünschen zu folgen (.600) b) Ich habe im täglichen Leben sehr viel Freiraum zum Handeln (.793)
17. Konfliktlösungs- fertigkeit	2.56	2.79	.847	.793	a) In emotional geladenen Situationen mache ich keine abfälligen Äußerungen über andere (.506)
18. Optimismus	2.93	5.05	.963	.941	a) Ich habe die Weichen meiner Zukunft auf gute Dinge gestellt (.700) b) Meine Zukunft wird noch viele schöne Er- lebnisse bringen (.880)
19. Selbstbestimmung	2.78	5.97	.961	.932	a) Ich verfolge meine Lebensziele, ohne mich beeinflussen zu lassen (.736) b) Das Kommando über mein Leben führe ich selbst (.867)
20. Selbstvertrauen	2.91	4.72	.953	.928	a) Ich werde auch mit schwierigen Situatio- nen selber fertig (.733) b) Ich bin meiner selbst sicher (.847)

3. Fortsetzung Tabelle 38 :

	Skalen- Mittelwert	Skalen- Varianz	Odd-even- Reliabilität	Innere Konsistenz	Item mit der a) kleinsten, bzw. b) größten Trennschärfe
21. Entspannungsfähigkeit	2.39	5.10	.913	.896	a) Das Sprichwort "Nach der Arbeit ist gut ruhn", trifft auf mich besonders zu (.627)
22. Ärgerkontrolle	2.04	4.53	.962	.920	a) Auch wenn ich stark gereizt bin, habe ich meine Gefühle in der Hand (.699) b) Ich kann meine Aufregung besser kontrol- lieren als andere (.810)
23. Entscheidungskraft	2.35	3.87	.913	.889	a) Ich treffe lieber eine baldige Entschei- dung, anstatt lange zu warten (.661) b) Ich entscheide mich meistens schnell und richtig (.798)
24. Rigide Einstellung	2.92	2.81	.827	.804	a) Ich habe eine große Abneigung gegen faule Leute (.524) b) Ich halte es für sehr wichtig, daß man in vieler Hinsicht großen Erfolg er- zielt (.697)

1.3. Aufteilung Stress und Coping

Um eine weitere Analyse der gewonnenen Daten und ihre Darstellung hier zu ermöglichen, ist es sinnvoll, die 24 Subskalen in 2 große und übergreifende Bereiche aufzuteilen.

Die Variablen 1 bis 12 erforschen die negativen Streßverhaltensweisen, sie werden Streßreaktionen genannt und die Variablen 13 bis 24, die die positiven Formen der Streßbewältigung erfragen, werden Coping genannt.

Nur so läßt sich ihre internen Korrelationen auch behandeln, die sonst nur fragmentarisch angegangen werden könnten.

Von den 276 errechneten Korrelationen waren 231 (83.7%) auf dem 5% Niveau signifikant.

1.4. Interkorrelationen der Streßreaktionen

Im Abschnitt 1.1. wurden die Primärfaktoren dieser Dimensionen tabellarisch dargestellt. Die jeweiligen Items der Faktoren können aus dem Fragebogen im Anhang entnommen werden.

In Tabelle 39 werden die Interkorrelationen der 12 Primärfaktoren dieser Dimensionen aufgezeigt.

Insgesamt 95.5% der dort aufgestellten Korrelationen sind signifikant. Davon nur 3% unterhalb des 0.001% und 4,5% unterhalb des 0.01%-Niveaus.

Diese hoch signifikante Korrelationsmatrix zeigt überall deutliche Beziehungen der Streßfaktoren miteinander. Lediglich in dem Faktor Leistungsorientierung wird eine negative Korrelation mit Erschöpfung beobachtet: Wer was leisten kann, darf sich nicht erschöpft fühlen, würde es demnach heißen, und schon gar nicht resignieren.

Mit dem Faktor Muskelverspannung erweist Leistungsorientierung auch keinen signifikanten Zusammenhang.

Die am höchsten interkorrelierenden Streßfaktoren sind:

- Kummer und Sorgen
- Erschöpfung
- psychisch bedingte Beschwerden
- nicht abschalten können
- Leistungseinschränkung unter Druck. .

Die stärksten Zusammenhänge werden beobachtet zwischen:

- psychisch bedingten Beschwerden und Erschöpfung (.63)
- Muskelverspannung und psychisch bedingten Beschwerden (.63)
- Muskelverspannung und Leistungseinschränkung unter Druck(.62)
- Muskelverspannung und Kummer und Sorgen (.62)
- Resignation und Pessimismus (.61)

Tabelle 39 _____ :											
Leistungs-orientierung	Besitz- streben	Kummer u. Sorgen	Konflikt- häufigkeit	Konflikt- stau	Pessimis- mus	Erschöpfung	Psych. bed. Beschwerden	Nicht abschalt- en können	Leistungssein- schr. unt. Druck	Muskelver- spannung	Resigna- tion
Leistungsorientierung	.65***										
Besitzstreben		.17***.32***									
Kummer und Sorgen											
Konflikthäufigkeit	.14***.17***.54***										
Konfliktstau	.11***.17***.35***.10***										
Pessimismus	.08*.17***.55***.33***.22***										
Erschöpfung	-.02.13***.51***.30***.29***.48***										
Psychisch bedingte Beschwerden	.07*.20***.57***.36***.25***.44***.63***										
Nicht abschalten können	.20***.27***.59***.31***.28***.45***.44***										
Leistungseinschränkung unter Druck	.09*.25***.56***.38***.30***.37***.52***										
Muskelverspannung	.04.20***.62***.44***.27***.42***.57***										
Resignation	.02.11**34***.14***.13***.61***.42***										

1.5. Interkorrelationen des Copings

Im Abschnitt 1.1. wurden die 12 Coping-Faktoren vorgestellt. Im Anhang 5 befinden sich die vollständigen Fragebögen.

Die Korrelationsmatrix der Coping-Primärfaktoren zeigt sich vollständig - mit einer einzigen Ausnahme - über das $\alpha = 0.001\%$ Signifikanzniveau hinaus. Alle Faktoren korrelieren sehr hoch miteinander. Die niedrigste Korrelation wird zwischen der Ärgerkontrolle und der Offenheit (0.10) beobachtet. Das bedeutet, daß nur im begrenzten Maße zu behaupten sei, daß Ärgerkontrolle zur Offenheit beiträgt. Die höchste Beziehung wird zwischen dem Selbstvertrauen und Selbstbestimmung (.72) erwartungsgemäß bestätigt. Siehe Tabelle 40.

Tabelle 40

	Gewissenhaftigkeit	Gehör finden	Offenheit	Handlungsfreiheit	Konfliktfähigkeit	Optimismus	Selbstbestimmung	Selbstvertrauen	Entspannungsfähigkeit	Ärgerkontrolle	Entscheidungskraft	Rigide Einstellung
Gewissenhaftigkeit	.29***											
Gehör finden		.29***										
Offenheit		.33***	.33***									
Handlungsfreiheit		.29***	.40***	.36***								
Konfliktfähigkeit	.40***	.32***	.39***	.38***								
Optimismus	.33***	.31***	.29***	.37***	.43***							
Selbstbestimmung	.37***	.22***	.39***	.55***	.35***	.39***						
Selbstvertrauen	.45***	.26***	.41***	.47***	.44***	.49***	.72***					
Entspannungsfähigkeit	.23***	.25***	.21***	.38***	.29***	.44***	.34***	.41***				
Ärgerkontrolle	.20***	.14***	.10**	.18***	.39***	.24***	.23***	.33***	.37***			
Entscheidungskraft	.34***	.26***	.43***	.36***	.35***	.32***	.45***	.56***	.33***	.30***		
Rigide Einstellung	.57***	.24***	.38***	.29***	.39***	.36***	.43***	.54***	.23***	.26***	.48***	

1.6. Interkorrelationen der Stressreaktionen und Coping-Skalen

In Tabelle 41 werden die Interkorrelationen der Stressreaktionen mit den Copingmaßnahmen dargestellt.

Der Übersicht wegen wurden dort nur die Korrelationen angegeben, die mindestens das Signifikanzniveau $\alpha = 0.05\%$ erweisen.

Die Interkorrelationen zwischen diesen 2 Subskalen sind in der Regel niedrig und in der Mehrheit negativ. Lediglich die Zusammenhänge der Entspannungsfähigkeit erweisen hohe negative Korrelationen zu den Stressreaktions-Faktoren. Am stärksten ist dieser negative Zusammenhang zwischen Entspannungsfähigkeit und Muskelverspannung zu verzeichnen. Aber auch mit dem Faktor "Nicht abschalten können" ist die Korrelation relativ hoch (-.44).

Auf der anderen Seite zeigt sich Rigide Einstellung in einem positiven Zusammenhang zu Leistungsorientierung und Besitzstreben.

Von allen 210 errechneten Korrelationen waren 94.29% auf dem 5%-Niveau signifikant.

Tabelle 41 :

Leistungs- orientie- rung	Bestiz Streben	Kummer und Sorgen	Konflikt- häufig- keit	Konflikt- stau	Pessi- mismus	Er- schöpfung	Psychisch bedingte Beschwerden	Nicht abschalten können	Leistungs- einschränk- ung unter Druck	Muskel- verspan- nung	Resigna- tion
Gewissenhaftigkeit	.18***			.21***	-.10**	-.08*				-.07*	-.10**
Gehör finden		-.07*			-.15***	-.09*					-.07*
Offenheit	.10**			-.15***	-.10**	-.09*					-.08*
Handlungsfreiheit	.13***	-.25***	-.15***	-.09*	-.27***	.25***	.18***	.22***	.21***	.24***	.21***
Konfliktlösungs- fertigkeit	.18***	.08*		-.13***	.21***	-.10**			-.11**		-.20***
Optimismus	.20***	.19***	.21***	.20***	-.41***	.26***	.17***	.18***	.19***	.18***	.18***
Selbstbestimmung	.19***	.11**		-.08*	-.11**	-.11**		-.08*	-.11**	-.10***	.12***
Selbstvertrauen	.18***	.14***	-.09*	.13***	.08*	.14***	.17***	-.10**	.19***	.13***	-.09*
Spannungs- fähigkeit	.08*	-.38***	.35***	-.08*	-.31***	.38***	.36***	.44***	.37***	.54***	.19***
Ärgerkontrolle	.12***	.11**		-.19***	.27***	-.11**	-.11**		.16***	.13***	
Entscheidungs- kraft	.25***	.13***			-.07*	.16***	.08***	-.07*	.25***	.13***	-.08*
Rigide Einstellung	.42***	.40***	.09*					.14***			

1.7. Die Faktorenanalyse der STR-Skala

Eine Faktorenanalyse der STR-Skalen extrahierte 5 Faktoren mit Eigenwert größer als Eins. Nach der Varimax-Rotation erhielten diese 5 Faktoren folgende Koeffizienten:

(Tabelle 42)

Faktor	Eigenwert	Reliabilität	Gesamtvarianz
1 Streßreaktionen	4.930	.877	33.319
2 Coping	4.617	.886	31.202
3 Leistungsorientierung	2.003	.777	13.539
4 Gefühlskontrolle	1.671	.641	11.294
5 Resignation	1.575	.641	10.647

Diese Faktoren erweisen eine relativ hohe Reliabilität und die ersten zwei Faktoren erklären 65% der Gesamtvarianz.

Im folgenden werden sie in ihrer Besetzung variablenmäßig und mit ihren entsprechenden Ladungen dargestellt.

Die vor der Variable angegebene Zahl betrifft hier die Variablennummer in der ursprünglichen Skala.

(Tabelle 43)

<u>Faktor 1: Streß-Reaktionen</u>	Ladung
STR 11 Muskelverspannung	.85
8 Psychisch bed. Beschwerden	.80
10 Leistungseinschränkung unter Druck	.80
3 Kummer und Sorgen	.77
7 Erschöpfung	.75
9 Nicht abschalten können	.68
4 Konflikthäufigkeit	.58
21 Entspannungsfähigkeit	-.54

Faktor 2: Coping

STR 20 Selbstvertrauen	.77
19 Selbstbestimmung	.75
15 Offenheit	.71
16 Handlungsfreiheit	.70
23 Entscheidungskraft	.70
17 Konfliktlösungsfertigkeit	.60
24 Rigide Einstellung	.59
13 Gewissenhaftigkeit	.56
14 Gehör finden	.55
18 Optimismus	.52

Faktor 3: Leistungsorientierung

STR 1 Leistungsorientierung	.85
2 Besitzstreben	.84

Faktor 4: Gefühls-Kontrolle

STR 5 Konfliktstau	.74
22 Ärgerkontrolle	.68

Faktor 5: Resignation

STR 12 Resignation	.75
6 Pessimismus	.70

Alle Variablen fanden eine Faktorenzuzuordnung.

2. Dimensionen der sozialen Kompetenz

2.1. Die Soziale Kompetenz-Skalen

Im Abschnitt II.2.2. wurde über die Entwicklung der "SOK"-Fragebögen und im Abschnitt II.2.3. über ihre Anwendungsverfahren berichtet.

Die Abbildung 54 gibt nochmals einen Gesamtüberblick der verwendeten 21 SOK-Variablen wieder. Der in Klammer angegebene Name bezieht sich auf die Quelle, aus welcher der einzelne Fragebogen stammt.

Der vollständige Fragebogen befindet sich im Anhang.

S K A L E N Z U R S O Z I A L E N K O M P E T E N Z (SOK)

S O K negativ: SOZIALE INKOMPETENZ

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 1 Mangelnde Redegewandtheit | (Gabriel) |
| 2 Redehemmung | (Gabriel) |
| 3 Unsicherheit im Gespräch | (Gabriel) |
| 4 Mangelnde Überzeugungskraft | (Gabriel) |
| 5 Verbale Verschllossenheit | (Gabriel) |
| 6 Wortkargheit | (Gabriel) |
| 7 Kontaktscheu | (Gabriel) |
| 8 Gehemmtheit | (Gabriel) |
| 9 Mangelnde Anziehungskraft | (Gabriel) |
| 10 Zurückgezogenheit | (Gabriel) |
| 11 Emotionale Verschllossenheit | (Gabriel) |

S O K positiv: SOZIALE KOMPETENZ

- | | |
|---------------------------|-----------|
| 12 Redegewandtheit | (Gabriel) |
| 13 Verbale Initiative | (Gabriel) |
| 14 Gesprächigkeit | (gabriel) |
| 15 Besonnenheit | (Gabriel) |
| 16 Faszinationskraft | (Gabriel) |
| 17 Freude am Organisieren | (Gabriel) |
| 18 Geselligkeit | (gabriel) |
| 19 Selbstsicherheit | (Gabriel) |
| 20 Anziehungskraft | (Gabriel) |
| 21 Kontaktfreude | (Gabriel) |
-

2.2. Die Antwortverteilung

Im folgenden wird das Antwortverhalten der 750 Versuchspersonen in den jeweiligen Subskalen unter Berücksichtigung ihrer Mittelwerte, Varianz, Reliabilität, inneren Konsistenz und Trennschärfe, beschrieben.

Die Antwortskala für alle 21 Fragebögen lautete:

- 1 = stimmt gar nicht
- 2 = stimmt ein wenig
- 3 = stimmt weitgehend
- 4 = stimmt vollkommen

Die Skalenmittelwerte betragen daher nur Werte zwischen 1 und 4.

Alle Faktoren sind sehr reliabel und besitzen auch eine gute, hohe interne Konsistenz.

Der durchschnittliche Mittelwert liegt bei 1,97 ("stimmt ein wenig"). Die Subskala mit dem niedrigsten Mittelwert war die mangelnde Anziehungskraft (1.43 = "stimmt gar nicht!"). Dem gegenüber steht die Subskala Besonnenheit (2.77 = "stimmt weitgehend").

	Skalen- Mittelwert	Skalen- Varianz	Odd-even- Reliabilität	Innere Konsistenz	Item mit der a) kleinsten, bzw. b) größten Trennschärfe
1. Mangelnde Redegewandtheit	2.06	5.70	.952	.934	a) Mein sprachliches Ungeschick hindert mich am beruflichen Vorankommen (.716) b) Mir fehlt die Fähigkeit, gewandt zu reden (.862)
2. Redehemmung	1.74	3.67	.929	.873	a) Wenn mich Personen des anderen Geschlechts ansprechen, bin ich nicht in der Lage zu antworten (.612) b) In einer großen Diskussionsrunde leide ich an Redehemmung (.803)
3. Unsicherheit im Gespräch	1.78	3.54	.900	.868	a) Ich überlege oft krampfhaft, wie ich ein stockendes Gespräch wieder in Gang bringen kann (.595) b) Auch wenn ich treffende Einwände habe, fällt es mir schwer, sie zu äußern (.782)
4. Mangelnde Überzeugungskraft	1.59	2.41	.834	.835	a) Ich mache oft geistlose Bemerkungen (.522) b) Meinen Worten fehlt die Überzeugungskraft (.746)
5. Verbale Verschllossenheit	2.10	3.98	.871	.826	a) Ich beginne ein Gespräch nie als Erste(r) (.520) b) Ich halte meine Meinung zurück, wenn fremde Personen dabei sind (.687)
6. Wortkargheit	1.93	3.59	.873	.853	a) Ich bin ein wortkarger Mensch (.610) b) Ich rede eigentlich sehr wenig (.754)

	Skalen- Mittelwerte	Skalen- Varianz	Odd-even- Reliabilität	Innere Konsistenz	Item mit der a)kleinsten, bzw. b) größten Trennschärfe
7. Kontaktscheu	1.60	3.14	.914	.875	a) Ich meide meine Bekannten, weil ich sie doch nur Langweile (.526) b) Ich bin ein verklemmter Mensch (.812)
8. Geheimtheit	1.60	3.30	.908	.888	a) Ich bin leicht einzuschüchtern (.647) b) Wenn ich mit Autoritätspersonen zusammentreffe, habe ich oft Hemmungen (.789)
9. Mangelnde Anziehungskraft	1.43	2.19	.895	.836	a) Ich verliere oft meine Freunde (.543) b) Ich habe mir oft das Wohlwollen anderer Menschen verschert (.718)
10. Zurückgezogenheit	1.73	3.53	.888	.828	a) In meinen vier Wänden fühle ich mich am wohlsten (.574) b) Ich finde Parties stumpfsinnig (.758)
11. Emotionale Verschlossenheit	2.05	3.29	.821	.811	a) Wenn mir jemand sympathisch ist, bringe ich es nicht zum Ausdruck (.412) b) Ich lasse mir meinen Ärger über andere Leute nicht ansehen (.747)
12. Redegewandtheit	1.89	2.91	.862	.839	a) Ich stehe häufig im Mittelpunkt einer Diskussion (.571) b) Ich halte Vorträge mit viel Erfolg (.729)

	Skalen- Mittelwert	Skalen- Varianz	Odd-even- Reliabilität	Innere Konsistenz	Item mit der a) kleinsten, bzw. b) größten Trennschärfe
13. Verbale Initiative	2.11	2.97	.889	.758	a) Ich stelle meine Ansichten oft zur Diskussion (.489) b) Wenn ich anderen begegne, beginne ich sofort das Gespräch (.700)
14. Gesprächigkeit	2.28	4.17	.915	.892	a) Ich bin sehr gesprächig (.419) b) Ich bin sehr redefreudig (.828)
15. Besonnenheit	2.77	3.89	.943	.909	a) Meine Argumentationen sind durch sachliche Gesichtspunkte bestimmt (.682) b) Bei Diskussionen höre ich mir alle Argumente aufmerksam an (.829)
16. Faszinationskraft	1.82	2.47	.847	.738	a) Ich fühle mich oft gedrängt, von den anwesenden Personen etwas von allgemeiner Bedeutung zu sagen (.489) b) Ich ziehe gerne die Aufmerksamkeit von Zuhörern auf mich (.763)
17. Freude am Organisieren	1.58	3.50	.919	.896	a) Die von mir veranstalteten Parties sind sehr geschätzt (.668) b) Für gemeinsame Organisationen bin ich stets als Organisator zu haben (.816)
18. Geselligkeit	2.58	5.16	.956	.927	a) Ich freue mich über meine guten Beziehungen zu Freunden und Bekannten (.704) b) Ich bin immer für Vergnügungen zu haben (.854)

	Skalen- Mittelwert	Skalen- Varianz	Odd-even- Reliabilität	Innere Konsistenz	Item mit der a) kleinsten, bzw. b) größten Trennschärfe
19. Selbstsicherheit	2.54	4.02	.942	.910	a) Auf Einladungen trete ich selbstbewußt auf (.638) b) In einer Gruppe verhalte ich mich ganz ungezwungen (.831)
20. Anziehungskraft	1.93	3.14	.910	.861	a) In Gesellschaft kann ich mir so ziemlich alles erlauben (.630) b) Ich ziehe die Blicke anderer Leute an (.793)
21. Kontaktfreude	2.33	3.61	.878	.829	a) Ich bin lebenshungrig (.474) b) Ich zeige anderen als erste(r) meine Zuneigung (.758)

2.3. Aufteilung sozialer Inkompetenz und soziale Kompetenz

Wie schon bei den Streßskalen vorgenommen, werden auch hier die 21 SOK-Skalen in 2 Hauptgruppen aufgeteilt:

Soziale Inkompetenz mit 11 Subskalen und
Soziale Kompetenz mit 10 Subskalen.

Wie die beiden Begriffe schon selbst besagen, handelt es sich hier um unterschiedliche Gefühle in sozialen Situationen, welche dann in eine grobe Zuordnung positiv (Bewältigung von sozialem Streß) oder negativ (analog zu den Streßreaktionen) eingestuft werden.

2.4. Interkorrelationen der sozialen Inkompetenz

Im Abschnitt 1.1. wurden die Primärfaktoren dieser Dimension tabellarisch dargestellt. Die jeweiligen Items jeden Faktors können aus dem Fragebogen im Anhang 6 entnommen werden.

In der Tabelle 45 werden die Interkorrelationen der 11 Primärfaktoren dieser Dimension aufgezeigt.

Die Korrelationsmatrix zeigt sich sehr "hochgradig" valide. Alle Korrelationen ohne Ausnahme sind über das Signifikanzniveau von $\alpha = 0.05\%$, $\alpha = 0.01\%$ und u.a. $\alpha = 0.001\%$ signifikant.

Die niedrigsten Korrelationen werden im Bereich der emotionalen Verschllossenheit beobachtet. Wenn die Redegewandtheit eines Menschen mangelhaft ist, spielt sie zwar in die emotionale Verschllossenheit dieses Menschen hinein, allerdings nicht so stark: Wer an Redehemmung leidet, muß nicht unbedingt emotional verschlossen sein. Ein deutlicher differenzierter Zusammenhang besteht dennoch zwischen emotionaler und verbaler Verschllossenheit. Wer sich emotionell zurückzieht, zieht sich auch verbal zurück.

Im Bereich der Gehemmtheiten (verbale und soziale) werden die höchsten Korrelationen beobachtet. Hiermit spielen die Faktoren Kontaktscheue, Redehemmungen und Unsicherheit im Gespräch die entscheidenden Rollen.

Tabelle 45

	Mangelnde Redegewandtheit	Redehemmung	Unsicherheit im Gespräch	Mangelnde Überzeugungskraft	Verbale Verschlossenheit	Wortkargheit	Kontaktscheu	Gehemtheit	Mangelnde Anziehungskraft	Zurückgezogenheit	Emotionale Verschlossenheit
Mangelhafte Redegewandtheit											
Redehemmung	.66***										
Unsicherheit im Gespräch	.66***	.72***									
Mangelnde Überzeugungskraft	.55***	.62***	.62***								
Verbale Verschlossenheit	.37***	.45***	.48***	.41***							
Wortkargheit	.38***	.48***	.44***	.45***	.58***						
Kontaktscheu	.49***	.59***	.54***	.53***	.48***	.64***					
Gehemtheit	.52***	.68***	.66***	.53***	.43***	.50***	.68***				
Mangelnde Anziehungskraft	.41***	.47***	.46***	.61***	.30***	.45***	.59***	.47***			
Zurückgezogenheit	.33***	.40***	.42***	.47***	.46***	.53***	.65***	.51***	.61***		
Emotionale Verschlossenheit	.20***	.22***	.29***	.20***	.51***	.37***	.35***	.29***	.21***	.39***	

2.5. Interkorrelationen der sozialen Kompetenz

Die Soziale-Kompetenz-Faktoren stehen hier analog zu den Coping-Subskalen, als Bewältigungsfaktoren im sozialen Streßgeschehen. Die 10 Fragebögen zu je 10 Items befinden sich vollständig in deutscher und portugiesischer Fassung im Anhang.

Die Tabelle 46 stellt die errechneten Interkorrelationen der Primärfaktoren dieser Subdimension dar.

Auch dort bilden die Korrelationen eine hochwertige Matrix, in der alle Korrelationen über das $\alpha = 0.001\%$ Signifikanzniveau signifikant sind.

Die niedrigsten Korrelationen spannen sich über den Bereich der Besonnenheit. Überzeugender wirkt dieser sozial kognitive Copingfaktor aber im Zusammenhang mit der Selbstsicherheit, d.h. je selbstsicherer man ist, desto bereiter ist man vor dem Handeln zum Reflektieren und Überdenken. Die Faszinationskraft bzw. die Anziehungskraft eines Menschen korreliert auch schwach mit seiner Besonnenheitsfähigkeit.

Mit der Stärke der Kontaktfreudigkeit nimmt auch die Häufigkeit der verbalen Initiativen zu; selbstverständlich auch die Intensität seiner Gesprächigkeit.

Kontaktfreude erweist sich im sozialen Bereich als der stärkste Streßbewältigungsfaktor überhaupt.

Tabelle 46:

	Rede- gewand- theit	Verbal- Initia- tive	Gesprä- chigkeit	Besonnen- heit	Faszina- tions- kraft	Freude am Orga- nisieren	Gesel- ligkeit	Selbst- sicher- heit	Anziehungs- kraft	Kontakt- freude
Redegewandtheit										
Verbale Initiative	.48***									
Gesprächigkeit	.38***	.66***								
Besonnenheit	.31***	.29***	.26***							
Faszinationskraft	.43***	.49***	.50***	.23***						
Freude am Organisieren	.50***	.39***	.38***	.25***	.43***					
Geselligkeit	.38***	.54***	.62***	.38***	.39***	.47***				
Selbstsicherheit	.57***	.55***	.50***	.43***	.35***	.41***	.65***			
Anziehungskraft	.52***	.50***	.47***	.22***	.45***	.45***	.48***	.52***		
Kontaktfreude	.39***	.68***	.62***	.36***	.46***	.43***	.62***	.58***	.57***	

2.6. Interkorrelationen der Inkompetenz und der Kompetenz-Skalen

In Tabelle 47 werden die Interkorrelationen zwischen den Inkompetenz- und den Kompetenzfaktoren errechnet.

Der Übersichtlichkeit wegen wurden dort nur diejenigen Koeffizienten angegeben, die mindestens auf dem $\alpha = 0.05\%$ Signifikanzniveau bedeutsam sind.

Die 2 Skalen entsprechen diametral konträre Dimensionen und es zeigt sich, daß ihre Korrelationen mit viel stärkerer Polarität zueinander stehen. Die Koeffizienten sind, bis auf 3, alle negativ. Die 3 positiven Korrelationen sind klein und beziehen sich auf die emotionale Verslossenheit. In diesem Bereich sind die Hälfte der Interkorrelationen nicht signifikant. Ebenfalls im Besonnenheits- und Faszinationskraft- Faktor erweisen sich 7 Korrelationen als nicht signifikant.

Die stärksten negativen Beziehungen werden im Bereich der Kontaktscheue und der Redehemmung gebracht. Mit Geselligkeit (-.47) und Selbstsicherheit (-.50) läßt sich die soziale Scheu nicht vereinbaren. Die Schwierigkeit der Redehemmung wird hier als ein Selbstsicherheitsproblem bestätigt.

Tabelle 47:

Mangelde- Redegewandtheit	Rede- hemmung	Unsicherheit im Gespräch	Mangelnde Überzeugungs- kraft	Verbale Verschlossen- heit	Wort- kargheit	Kontakt- scheu	Gehemmt- heit	Mangelnde Anziehungs- kraft	Zurück- gezogen- heit	Emotionale Verschlossen- heit
Redegewandtheit	-.35*** -.40***	-.30*** -.27***	-.27*** -.21***	-.18*** -.20***	-.17*** -.36***	-.30*** -.42***	-.36*** -.34***	-.14*** -.24***	-.14*** -.30***	-.09*
Verbale Initiative	-.22*** -.28***	-.21*** -.13***	-.21*** -.14***	-.20*** -.27***	-.36*** -.43***	-.42*** -.46***	-.34*** -.28***	-.24*** -.23***	-.30*** -.36***	-.14***
Gesprächigkeit	-.16*** -.20***	-.13*** -.14***	-.14*** -.16***	-.27*** -.16***	-.43*** -	-.46*** -.15***	-.28*** -.14***	-.23*** -.15***	-.36*** -.13***	-.14*** -.17
Besonnenheit	-.19*** -.17***	-.14*** -.14***	-.16*** -	-.16*** -	-.15*** -.15***	-.15*** -.15***	-.14*** -.08*	-.15*** -	-.13*** -.11**	-.09*
Faszinationskraft	-.08*	-.08*	-.08*	-.08*	-.15*** -.16***	-.15*** -.25***	-.08* -.23***	-.09* -.09*	-.23*** -.23***	-.09*
Freude am Organisieren	-.15*** -.21***	-.12*** -.11**	-.11** -	-.16*** -.24***	-.16*** -.30***	-.25*** -.47***	-.23*** -.34***	-.09* -.34***	-.23*** -.52***	-.11**
Geselligkeit	-.22*** -.25***	-.22*** -.23***	-.23*** -.31***	-.24*** -.23***	-.30*** -.27***	-.47*** -.50***	-.34*** -.50***	-.34*** -.33***	-.52*** -.37***	-.11**
Selbstsicherheit	-.37*** -.44***	-.38*** -.09*	-.31*** -.10**	-.23*** -.13***	-.27*** -.17***	-.50*** -.26***	-.50*** -.19***	-.33*** -.17***	-.37*** -.26***	-.11**
Anziehungskraft	-.15*** -.15***	-.09* -.09*	-.10** -.18***	-.13*** -.16***	-.17*** -.28***	-.26*** -.41***	-.19*** -.26***	-.17*** -.26***	-.26*** -.36***	-.11**
Kontaktfreude	-.15*** -.20***	-.13*** -.18***	-.18*** -.18***	-.16*** -.16***	-.28*** -.41***	-.41*** -.26***	-.26*** -.26***	-.26*** -.26***	-.36*** -.36***	-.11**

2.7. Die Faktorenanalyse der SOK-Skalen

Die Faktorenanalyse der SOK-Skalen extrahierte 4 Faktoren mit Eigenwert größer als Eins. Nach der Varimax-Rotation erhielten diese Faktoren folgende Werte:

(Tabelle 48)

Faktor	Eigenwert	Reliabilität	Gesamtvarianz
1 Soziale Initiative	5.156	.913	36.547
2 Soziale Hemmung	4.545	.860	32.227
3 Kontaktscheu	2.320	.873	16.449
4 Verslossenheit	2.085	.786	14.783

Alle Faktoren erweisen sich als hoch reliabel und die ersten zwei erklären zusammen 69% der Gesamtvarianz.

Im folgenden werden sie in ihrer Besetzung variablenmäßig und mit ihren entsprechenden Ladungen dargestellt.

Die vor der Variable angegebene Zahl betrifft hier die Variablennummer in der ursprünglichen Skala.

Faktor 1: Soziale Initiative

	Ladung
SOK 13 Verbale Initiative	.79
21 Kontaktfreude	.78
14 Gesprächigkeit	.76
20 Anziehungskraft	.76
16 Faszinationskraft	.75
17 Freude am Organisieren	.68
18 Geselligkeit	.68
12 Redegewandtheit	.67
19 Selbstsicherheit	.66

Faktor 2: Soziale Hemmung

SOK 2 Redehemmung	.86
3 Unsicherheit im Gespräch	.85
1 Mangelnde Redegewandtheit	.79
4 Mangelnde Überzeugungskraft	.73
8 Gehemmtheit	.72
7 Kontaktscheu	.54

Faktor 3: Kontaktscheu

SOK 9 Mangelnde Anziehungskraft	-.70
10 Zurückgezogenheit	-.68
7 Kontaktscheu	-.52

Faktor 4: Verschlossenheit

SOK 11 Emotionale Verschlossenheit	.74
5 Verbale Verschlossenheit	.67
6 Wortkargheit	.60
15 Besonnenheit	.55

Alle Variablen fanden eine Faktorenzuzuordnung.

3. Der Zusammenhang zwischen den Stress- und Sozialen-Kompetenz-Skalen

Die Interkorrelationen der 2 STR- und 2 SOK-Skalen werden tabellarisch dargestellt und kurz kommentiert.

3.1. Interkorrelationen zwischen STR-Reaktionen und sozialer Inkompetenz

In Tabelle 50 befinden sich diese Interkorrelationen, welche jeweils einen Korrelationsmittelwert von .26 haben - somit auch die gesamte Korrelationsmatrix - und auf dem $\alpha = 0.001\%$ -Niveau signifikant sind.

Lediglich 15% von den 132 errechneten Korrelationen erreichen eine Signifikanzschwelle $\alpha = 0.05\%$ nicht.

Auf der STR-Seite erweisen sich die 2 Variablen Leistungsorientierung mit 0.8 und Besitzstreben mit .12

und die niedrigsten Korrelationsmittelwerte aller Variablen zusammen als die schwächsten der STR-Skalen.

Leistungsorientierung korreliert nämlich nur mit den Variablen der SOK-Skalen:

- | | |
|-------------------------------|--------|
| - Mangelnde Redegewandtheit | = .14 |
| - Unsicherheit im Gespräch | = .16 |
| - Mangelnde Überzeugungskraft | = .09 |
| - Emotionale Verslossenheit | = .12, |

d.h. vorwiegend mit verbalen Variablen der sozialen Inkompetenz.

Leistungseinschränkung unter Druck erweist sich dennoch als die am höchsten korrelierende STR-Variable. Ihre stärkste inter-korrelative Beziehung wird hier bei der "Unsicherheit im Gespräch" (.53), "Redehemmung" (.48), "Gehemmtheit" (.46)

und "Mangelnde Redegewandtheit" (.42) beobachtet.

Aber auch "Kummer und Sorgen" beeinträchtigen in hohem Maße die soziale Kompetenz bzw. tragen für die soziale Inkompetenz bei. Ihr Korrelationsmatrix-Mittelwert ist .35 hoch. Kurz zusammengefasst hängt "Redehemmung" mit .39 und "Gehemmtheit" mit .37 oder "Mangelnde Anziehungskraft" mit 0.38 und "Zurückgezogenheit" mit .37, usw. mit Kummer und Sorgen zusammen.

Auf der SOK-Seite zeigt sich die "emotionale Verslossenheit" mit .19 als die am schwächsten mit STR-Reaktionen korrelierende Variable. Bemerkenswert zeigt diese Korrelationsberechnung, daß kein signifikanter Zusammenhang zwischen "Resignation" und "emotionale Verslossenheit" besteht.

"Unsicherheit im Gespräch" erwies sich als die am stärksten interkorrelierende Variable (.34). Wer im Gespräch sich unsicher fühlt, scheint lange zu brauchen, um solche Erlebnisse zu verarbeiten, denn mit "Nicht abschalten können" war die Korrelation .40, mit "Kummer und Sorgen" sogar .45 hoch. Die höchsten Zusammenhänge der "Unsicherheit im Gespräch", sind allerdings bei "Leistungseinschränkung unter Druck" (.53) und "Muskelverspannung" mit =.43 zu verzeichnen.

Tabelle 50

	Mangelnde Redegewandtheit	Rede- hemmung	Unsicherheit im Gespräch	Mangelnde Überzeugungskraft	Verbale Verschlossenheit	Wortkargheit	Kontaktscheu	Geheimtheit	Mangelnde Anziehungskraft	Zurückgezogenheit	Emotionale Verschlossenheit	MW
Leistungsorientierung	.14***	-	.16***	.09*	-	-	-	-	-	-	.12***	.08
Besitzstreben	.18***	.15***	.24***	.16***	.12***	.11**	-	.11**	-	-	.16***	.12
Kummer und Sorgen	.34***	.39***	.45***	.37***	.29***	.30***	.35***	.38***	.38***	.37***	.23***	.35
Konflikthäufigkeit	.19***	.24***	.30***	.23***	.11**	.11**	.22***	.24***	.23***	.23***	.10**	.20
Konfliktstau	.29***	.27***	.37***	.25***	.47***	.36***	.27***	.29***	.16***	.22***	.44***	.31
Pessimismus	.24***	.28***	.31***	.39***	.25***	.32***	.34***	.27***	.46***	.38***	.21***	.32
Erschöpfung	.31***	.36***	.37***	.35***	.26***	.20***	.28***	.28***	.33***	.32***	.16***	.29
Psych. bed. Beschwerden	.28***	.35***	.39***	.37***	.23***	.23***	.26***	.29***	.33***	.28***	.18***	.29
Nicht abschalt. können	.30***	.31***	.40***	.31***	.28***	.26***	.27***	.29***	.30***	.31***	.21***	.30
Leistungseinschr. unt. Druck	.42***	.48***	.59***	.39***	.28***	.25***	.35***	.46***	.29***	.35***	.19***	.36
Muskelverspannung	.33***	.38***	.43***	.38***	.24***	.22***	.31***	.36***	.32***	.31***	.17***	.31
Resignation	.17***	.22***	.18***	.42***	.11***	.21***	.18***	.09*	.41***	.20***	-	.21
MW	.27	.29	.34	.31	.23	.22	.24	.26	.28	.24	.19	MW = .26

3.2. Interkorrelationen zwischen STR-Reaktionen und sozialer Kompetenz

Tabelle 51 zeigt die Interkorrelationen, welche jeweils einen Korrelationswert von 0.8 (Kompetenz-Skalen) und .10 (Streßreaktions-Skala) haben - und somit auch der Gesamtkorrelationsmatrix einen Gesamtmittelwert von .09 verleihen - und auf dem $\alpha = 0.05$ -Niveau signifikant sind.

Im Gegensatz zur vorherigen Korrelationsmatrix befinden sich hier sehr viele nicht-signifikante Korrelationskoeffizienten (43%). Die restlichen 57% teilen sich in 16% auf $\alpha = 0.05$ %, 7.5% auf $\alpha = 0.01$ % und 35.5% auf $\alpha = .001$ % signifikante Korrelationen auf.

Die durchschnittlichen Korrelationsmittelwerte sind auch sehr niedrig in beiden Skalenbereichen.

Die mit am stärksten interkorrelierenden Variablen sind die Kompetenz-Variable "Selbstsicherheit" (.17) und die Streßreaktionen - Variable "Leistungsorientierung" (.23).

Die SOK-Variable "Geselligkeit" folgt mit dem Mittelwert 0.16.

Auf der STR-Seite zeigt sich die Variable "Resignation" mit dem niedrigsten Korrelationsmittelwert (.05). Sie interkorreliert negativ mit "verbale Initiative" (-.11), "Selbstsicherheit" (-.09) und "Kontaktfreude" (-.08). Daraus könnte man schließen, daß Resignation - zwar im geringen Ausmaß, aber doch auf signifikante Weise, zu sozialen Schwierigkeiten bzw. sozialem Streß führt. Generell gesehen (.05) ist Resignation nicht signifikant; lediglich in den 3 oben genannten Variablen.

Die am höchsten korrelierende Variable "Leistungsorientierung" (.23) hat ihre stärkste Beziehung mit der SOK-Variable "Faszi-

nationskraft" (.33), mit Anziehungskraft korreliert sie mit 0.30.

Auf der SOK-Seite zeigt sich "Gesprächigkeit" als die am schwächsten interkorrelierende Variable. Sie unterhält eine positive Beziehung zu den STR-Variablen "Leistungsorientierung" (.25) und "Besitzstreben" (.09), aber einen negativen Zusammenhang mit "Konfliktstau" (-.08) und "Pessimismus" (-.12). Wer sich mit vielen Konflikten und negativen Gedanken plagt, mag - nach den Korrelationskoeffizienten - eher schweigen. Dies kann allerdings nur in geringem Maße angenommen werden.

"Geselligkeit" als die stärkste SOK-Kompetenz-Variable korreliert am höchsten mit "Pessimismus" (-.23), aber in negativem Verhalten zu ihm. Auch zu "Erschöpfung" ist die Beziehung negativ (-.21). Die Stärke der "Geselligkeit" dürfte sich aber steigern, je "leistungsorientierter" (.22) man wird.

Generell läßt sich mit dieser Interkorrelationsmatrix bestätigen, daß die Beziehung zwischen sozialer Kompetenz und Streßreaktionen sehr geringfügig ist.

Tabelle 51

	Rede- gewandt- heit	Verbale Initiative	Gesprächig- keit	Besonnen- heit	Faszina- tionskraft	Freude am Organisieren	Gesellig- keit	Selbst- sicher- heit	Anzahlungs- kraft	Kontakt- freude	M W
Leistungsorientierung	.19***	.22***	.25***	.13***	.33***	.21***	.22***	.19***	.30***	.28***	.23
Besitzstreben	.11**	.11**	.18***	.09*	.24***	.15***	.16***	.08*	.20***	.15***	.15
Kummer und Sorgen	-	-	-	-	.14***	-	-.14***	-.17***	-	-.08*	.08
Konfliktthäufigkeit	-	-	-	-.09***	.13***	-	-.11***	-.13***	-	-	.07
Konfliktstau	-.10**	-	-.08*	.21***	-	-	-	-	-	-	.06
Pessimismus	-	-.17***	-.12***	-.08*	-	-.09*	-.23***	-.23***	-	-.20***	.13
Erschöpfung	-.08*	-.08*	-	-.09*	-	-.08*	-.21***	-.24***	-.08*	-.09*	.10
Psych. bed. Beschwerden	-	-.08*	-	-	-	-	-.14***	-.20***	-	-.10**	.07
Nicht abschalt. können	-	-	-	-	-	-	-.13***	-.15***	-	-	.06
Leistungseinschr. unt. Druck	-.20***	-.11**	-	-	.08*	-.11**	-.13***	-.30***	-.08*	-.08*	.12
Muskelverspannung	-.11**	-.09*	-	-.10**	-	-	-.13***	-.22***	-	-	.08
Resignation	-	-.11**	-	-	-	-	-	-.09*	-	-.08*	.05
MW	.09	.10	.06	.09	.10	.07	.16	.17	.07	.10	MW = .10

3.3. Interkorrelationen zwischen Coping und sozialer Inkompetenz

Tabelle 52 zeigt die Korrelationen, welche jeweils einen Korrelationsmittelwert von .14 haben - somit auch die Gesamt-Korrelationsmatrix - und auf dem $\alpha = 0.001\%$ -Niveau signifikant sind.

Lediglich 19% der 132 errechneten Korrelationen erreichten die Signifikanzschwelle $\alpha = .005\%$ nicht.

Die gesamte Korrelationsmatrix besteht vorwiegend aus niedrigen, negativen Korrelationen. Das letzte entspricht ganz der Erwartung, daß Coping und soziale Inkompetenz sich inkompatible zueinander verhalten.

Auf der Coping-Seite erweisen sich die Variablen "Rigide Einstellung" (0.8), "Ärgerkontrolle" (.09) und "Gewissenhaftigkeit" (0.9) als die am schwächsten interkorrelierenden Primärfaktoren.

Sie alle erweisen auch einen positiven Zusammenhang zwischen 0.8 bis .11 zu verbaler und emotionaler Verschlossenheit. Als einzige Ausnahme erreicht allerdings "Ärgerkontrolle" mit "emotionaler Verschlossenheit" eine Interkorrelation von 0.26.

Die 3 gleichstarken Variablen Offenheit, Optimismus und Entspannungsfähigkeit werden mit .18 zu den stärksten Sekundärfaktoren, gefolgt von Entscheidungskraft (.17), Selbstvertrauen (.16), Handlungsfreiheit (.15) und Konfliktlösungsfertigkeit (.15). Im wahrsten Sinne des Wortes sind sie richtige Coping-Faktoren für die Bewältigung sozialen Streß .

Lediglich im Zusammenhang mit der emotionalen Verschlossenheit weisen einige von ihnen einen positiven Zusammenhang zwischen

.09 und .14, ansonsten aber nur negative Beziehung auf. Die höchste Korrelation wird im Bereich der Entscheidungskraft und Gehemmtheit mit -.28 beobachtet. Danach verlangt die Entscheidungskraft eines Menschen auch ein gewisses Maß an Extraversion. Aber auch in Bezug der sprachlichen Kompetenz verlangt die Entscheidungskraft weniger Redehemmung und Unsicherheit im Gespräch. Kontaktscheu darf man auch nicht sein, wenn man seine Entschlossenheit voll entfalten will.

Auf der SOK-Seite stellt sich Wortkargheit als die am schwächsten interkorrelierende Variable (0.7). Verbale Verschlossenheit schließt sich an mit 0.07. Es ist daher selbstverständlich, wenn wortkarge Menschen wenig Gehör finden (-.08) und ebenfalls, sich als nicht so konfliktlösungsfertig (-.08) erweisen. Sie besitzen meistens geringe Entspannungsfähigkeit (-.12) und Entscheidungskraft (-.10).

Der Primärfaktor verbale Verschlossenheit mit einem Mittelwert von 0.8 unterhält einen positiven Zusammenhang zu Rigide Einstellung (.11), Ärgerkontrolle (.11) und Gewissenhaftigkeit (.08). Im Gegenteil dazu die höchste negative Beziehung zu Offenheit (-.21).

Kontaktscheu ist die am stärksten mit Coping negativ interkorrelierende soziale Inkompetenz-Variable (.20). Alle Koeffizienten sind hier musterhaft negativ. Lediglich mit "Ärgerkontrolle" erniedrigt sich die Signifikanzschwelle zu $\alpha = 0.05\%$, ansonsten bleiben alle im Bereich $\alpha = 0.001\%$. Demnach sind kontaktscheue Menschen weniger Optimisten (-.26) und entspannungsunfähig (-.26). Sie verhalten sich auch nur gering mäßig offen (-.21) und mit wenigem Selbstvertrauen (-.22). Man könnte annehmen, daß ihre Kontaktscheu aufgrund schwächerer Entscheidungskraft (-.22) entsteht.

Tabelle 52:

	Mangelnde Rege wandt- heit	Rede- hemmung	Unsicher- heit im Gespräch	Mangelnde Überzeu- gungskraft	Verbale Verschlösse- heit	Wort- kargheit	Kontakt- scheu	Gehemmt- heit	Mangelnde Anziehungs- kraft	Zurück- gezogen- heit	Emotionale Verschlösse- heit	M W
Gewissenhaftigkeit	-	-.08*	-.08*	-.14***	.08*	-	-.15***	-.10**	-.16***	-	.08*	.09
Gehör finden	-	-.10**	-	-.16***	-	-.08*	-.22***	-.15***	-.17***	.19***	.09*	.12
Offenheit	-.21***	-.25***	.23***	-.16***	-.21***	-.15***	-.24***	-.22***	-.12***	-.14***	-	.18
Handlungsfreiheit	-.13***	.17***	-.20***	-.18***	-.09*	-.08*	-.20***	-.16***	-.16***	.17***	-	.15
Konfliktlösungsfert.	-.14***	-.19***	.14***	.21***	-	-.08*	-.21***	-.17***	-.19***	-.16***	.14***	.15
Optimismus	-.13***	.18***	-.18***	-.21***	-.10**	-.14***	-.26***	.21***	-.27***	-.26***	-	.18
Selbstbestimmung	-.13***	.16***	-.15***	.11**	-	-	-.12***	.18***	-.10**	-	.09*	.10
Selbstvertrauen	-.18***	.23***	-.22***	-.17***	-	-	-.22***	.26***	-.14***	-.15***	.09*	.16
Entspannungsfähigk.	-.15***	.21***	-.22***	.19***	-.10**	-.12***	-.26***	.23***	-.23***	-.23***	-	.18
Ärgerkontrolle	-	-.08*	-	-	.11**	-	-.09*	-.11**	-	-.10**	.26***	.09
Entscheidungskraft	-.20***	.26***	-.25***	.19***	-	-.10**	-.22***	.28***	-.10**	-.13***	.10**	.17
Rigide Einstellung	-	-.08*	-	-.08*	.11**	-	-.15***	.12***	-.09*	-	.15***	.08
M W	.12	.17	.15	.15	.08	.07	.20	.18	.15	.14	.10	MW=.14

3.4. Interkorrelationen zwischen Coping und sozialer Kompetenz

Tabelle 53 zeigt die Korrelationen, welche jeweils einen Korrelationsmittelwert von .30 - und somit auch die gesamte Korrelationsmatrix - haben und auf dem $\alpha = 0.001\%$ -Niveau signifikant sind. In dieser Matrix wiesen keine Korrelationen einen Koeffizienten unterhalb dieser obengenannten Signifikanzschwelle auf. Alle waren auch positive Korrelationen.

Auf der STR-Seite zeigt sich "Ärgerkontrolle" mit einem Mittelwert von .25 als der schwächste Primärfaktor, gefolgt von "Gewissenhaftigkeit" und "Gehör finden" - beide mit .26 - , "Handlungsfreiheit" und "Entspannungsfähigkeit" jeweils .27 und "Selbstbestimmung" mit 0.28. Der Zusammenhang zwischen "Ärgerkontrolle" und "Gesprächigkeit" ist sehr gering (.14), allerdings doppelt so hoch mit "Besonnenheit" (.33).

Diese erweist eine hoch intensive Beziehung zu "Gewissenhaftigkeit" (.40), während diese wiederum mit "Selbstsicherheit" auf .40 korreliert. "Selbstsicherheit" verhält sich zu "Selbstbestimmung" sogar mit 0.42.

Die stärksten Variablen "Konfliktlösungsfertigkeiten" und "Entscheidungskraft" haben beide einen Mittelwert von 0.36. "Offenheit": 0.35. Die internen Interkorrelationen dieser Faktoren sind alle sehr hoch und strecken sich in dem Bereich von .24 bis .53 aus.

"Konfliktlösungsfertigkeit" weist einen starken Zusammenhang zu "Besonnenheit" (.52) und "Selbstsicherheit" (.45) "Entscheidungskraft" mit "Redegewandtheit" (.53) und ebenfalls mit "Selbstsicherheit" (.53 auch) auf, während "Offenheit" sich daran anschließt, um mit der "Selbstsicherheit" einen korrelativen Zusammenhang in der Höhe von .42 zu gestalten.

Auf der SOK-Seite zeigt sich "Faszinationskraft" als die Variable mit dem niedrigsten Mittelwert (.19). Sie korreliert schwach mit "Entspannungsfähigkeit" (.10) (wer, von etwas fasziniert ist, kann sich nicht gut entspannen) mit "Handlungsfreiheit" (.16) und "Optimismus" (.16), allerdings am schwächsten mit "Gewissenhaftigkeit" und "Selbstvertrauen" - beide mit 0.13 - und am stärksten mit "Offenheit" (.30).

"Selbstsicherheit" zeigt sich als die am stärksten interkorrelierenden Primärfaktoren der Sozialen-Kompetenz-Skala. Der Mittelwert beträgt .42 und die einzelnen internen Korrelationen erreichen die beträchtliche Höhe von .53 in der Beziehung mit "Entscheidungskraft". Aber auch zu "Selbstvertrauen", mit .51 beobachtet man hier einen starken Zusammenhang.

Tabelle 53

	Rede- gewandt- heit	Verbale Initiative	Gesprächig- keit	Besonnen- heit	Faszina- tions- kraft	Freude am Organi- sieren	Gesellig- keit	Selbst- sicher- heit	Anziehungs- kraft	Kontakt- freude	M W
Gewissenhaftigkeit	.26***	.21***	.18***	.40***	.13***	.13***	.28***	.40***	.20***	.27***	.26
Gehör finden	.25***	.26***	.30***	.23***	.17***	.20***	.34***	.32***	.29***	.29***	.26
Offenheit	.41***	.38***	.41***	.29***	.30***	.30***	.36***	.42***	.30***	.35***	.35
Handlungsfreiheit	.30***	.25***	.21***	.23***	.16***	.23***	.31***	.38***	.27***	.32***	.27
Konfliktlösungsfert.	.36***	.30***	.28***	.52***	.27***	.31***	.39***	.45***	.28***	.43***	.36
Optimismus	.28***	.29***	.31***	.29***	.16***	.26***	.42***	.41***	.26***	.36***	.30
Selbstbestimmung	.32***	.31***	.22***	.27***	.18***	.19***	.28***	.42***	.26***	.31***	.28
Selbstvertrauen	.38***	.30***	.22***	.32***	.13***	.23***	.34***	.51***	.27***	.32***	.30
Entspannungsfähigk.	.28***	.28***	.23***	.24***	.16***	.20***	.38***	.42***	.24***	.30***	.27
Ärgerkontrolle	.26***	.21***	.14***	.33***	.20***	.26***	.28***	.30***	.27***	.24***	.25
Entscheidungskraft	.53***	.36***	.31***	.26***	.24***	.38***	.33***	.53***	.37***	.34***	.36
Rigide Einstellung	.36***	.27***	.30***	.37***	.23***	.27***	.34***	.44***	.31***	.37***	.32
M W	.33	.28	.26	.31	.19	.25	.34	.42	.28	.32	MW=.30

4. Sekundäranalyse der Stress- und sozialen Kompetenz-Faktoren

4.1. Allgemeines zur Sekundäranalyse

Nach den vorangegangenen Einzelanalysen der Stress- und sozialen Kompetenz-Dimensionen, sind ihre multiplen Korrelationen hier größtenteils bekannt. In Abschnitt II. 1.7. und II. 2.7. wurden durch eine Sekundäranalyse 5 STR- bzw. 4 SOK-Sekundärfaktoren extrahiert. Die Aufmerksamkeit dieses Abschnitts richtet sich daher hier auf die möglichen Zusammenhänge zwischen den Prädiktoren SOK- und STR-Variablen.

Durch eine Sekundäranalyse wird versucht, eine "Informationsreduktion" (SCHUBÖ, 1973) des jeweiligen Variablen- bzw. Primärfaktorensatzes zu erreichen.

Diese erbrachte hier 6 hochgeladene Sekundärfaktoren, die alle einen Eigenwert größer als Eins haben.

In der Tabelle 54 werden diese Sekundärfaktoren nach der "Varimax-Rotation" dargestellt:

Faktor	Eigenwert	Reliabilität	Gesamtvarianz(%)
1 Selbstbestimmung	5.019	.878	18.995
2 Soziale Scheu	2.449	.792	9.268
3 Soziale Initiative	5.690	.906	21.535
4 Soz. Zurückhaltung	2.577	.709	9.753
5 Streß-Reaktionen	5.448	.903	20.620
6 Soz. Unsicherheit	5.239	.921	19.830

Alle Faktoren sind sehr hoch reliabel und die ersten beiden erklären zusammen 42.155% der Gesamtvarianz.

Im nächsten Abschnitt werden diese Faktoren bzgl. ihrer Besetzung und entsprechenden Ladungen dargestellt.

4.2. Sekundärfaktoren und ihre Primärfaktoren

Die vor den Primärfaktoren angegebenen Zahlen beziehen sich auf ihre Reihenfolge-Nummer in der ursprünglichen STR- bzw. SOK-Skala.

(Tabelle 55)

<u>Faktor 1: Selbstbestimmung</u>		Ladung
STR 20	Selbstvertrauen	-.77
19	Selbstbestimmung	-.75
16	Handlungsfreiheit	-.66
24	Rigide Einstellung	-.66
23	Entscheidungskraft	-.61
13	Gewissenhaftigkeit	-.61
15	Offenheit	-.58
18	Optimismus	-.52
17	Konfliktlösungs- fertigkeit	-.48
14	Gehör finden	-.45

Faktor 2: Soziale Scheu

SOK	9 Mangelnde Anziehungskraft	.62
SOK	10 Zurückgezogenheit	.52
STR	12 Resignation	.52

<u>Faktor 3: Soziale Initiative</u>		Ladung
SOK	14 Gesprächigkeit	-.77
	13 Verbale Initiative	-.76
	21 Kontaktfreude	-.76
	20 Anziehungskraft	-.73
	16 Faszinationskraft	-.73
	18 Geselligkeit	-.69
	17 Freude am Organisieren	-.65
	19 Selbstsicherheit	-.56
	12 Redegewandtheit	-.54

Faktor 4: Soziale Zurückhaltung

STR	5 Konfliktstau	.68
SOK	27 Emotion.Verschlossen- heit	.65
STR	22 Ärgerkontrolle	.58
SOK	15 Besonnenheit	.52
SOK	5 Verbale Verschlossen- heit	.52

Faktor 5: Stress-Reaktionen

STR	11 Muskelverspannung	.79
	3 Kummer und Sorgen	.77
	8 Psychisch bedingte Beschwerden	.75
	9 Nicht abschalten können	.71
	7 Erschöpfung	.71
	10 Leistungseinschränkung unter Druck	.70
	21 Entspannungsfähigkeit	-.58
	6 Pessimismus	.55

Faktor 6: Soziale Unsicherheit

		Ladung
SOK	2 Redehemmung	-.81
	3 Unsicherheit im Gespräch	-.80
	8 Gehemmtheit	-.74
	1 Mangelnde Redegewandtheit	-.73
	4 Mangelnde Überzeugungskraft	-.69
	7 Kontaktscheu	-.62
	6 Wortkargheit	-.52

In den 6 Sekundärfaktoren beteiligten sich 21 Primärfaktoren von jeder Skala. Zwei fanden allerdings keine Zuordnung zu einer der 6 neuen Faktoren:

- STR 1 Leistungsorientierung und
- STR 2 Besitzstreben.

4.3. Interkorrelationen der sekundären STR - SOK - Skalen

In diesem Abschnitt werden die interkorrelativen Beziehungen der gewonnenen Sekundärfaktoren kurz dargestellt und kommentiert.

(Tabelle 56)

SEK	Selbst- bestimmung	Erfolgs- streben	Soziale Initiat.	Soziale Zurücks.	Streß- reaktion.	M _W
1 Selbstbestimmung						
2 Erfolgsstreben	.34***					
3 Soziale Initiative	.55***					
4 Soz. Zurückhaltung	.09*	.25***	-.00			
5 Streßreaktionen	-.27***	.18***	-.19***	.24		
6 Soz. Unsicherheit	-.29***	.10**	-.40***	.43	.53	
M W	.42	.37	.42	.34	.31	/.46

Der durchschnittliche Koeffizient dieser Interkorrelationsmatrix beträgt 0.39.

Lediglich 3 (8.3%) der 36 errechneten Korrelationen sind unterhalb der $\alpha = 0.001\%$ Signifikanzschwelle.

Der am höchsten miteinander interkorrelierende Faktor ist die Soziale Unsicherheit. Ihr Mittelwert beträgt .46. Die streßvolle Auswirkung der Sozialen Unsicherheit wird in der Korrelation mit Streßreaktionen deutlicher: 0.53.

Unsicherheit führt unweigerlich zur Sozialen Zurückhaltung (.43) und hemmt die sozialen Initiativen (-.40). Im gewissen (geringen) Maße trägt sie aber positiv zum Erfolgsstreben bei (.10). Die negative Beziehung zur "Selbstbestimmung" verdeutlicht, daß dem sozial unsicheren Menschen Selbstvertrauen, Handlungsfreiheit, Entscheidungskraft und Optimismus fehlt.

SoTche Eigenschaften tragen aber sehr viel zu den "sozialen
Initiativen" (.55), sowie auch zum "Erfolgsstreben" (.34)
eines Menschen bei.

III. DER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN KRITERIEN UND PRÄDIKTOREN

Oberblick

Die Korrelationen der Kriterien mit Prädiktoren sollen hier einen Einblick in die Zusammenhänge des sozialen und Lebensstress mit persönlichen Daten, sozioökonomischen Faktoren und bestimmten globalen Lebensdaten ermöglichen. Es werden nicht nur die Beziehung zwischen den einzelnen Faktoren, wie auch zwischen den übergreifenden Sekundärfaktoren SEK und KRIFAK analysiert.

1. Der Zusammenhang zwischen STP- und SOK-Skalen und persönlichen Angaben

Auch hier wurden die Interkorrelationen zwischen den Kriterien und Prädiktoren errechnet. Sie werden in den folgenden Abschnitten dargestellt und kurz kommentiert. In den Tabellen wurden nur diejenigen Korrelationskoeffizienten wiedergegeben, die die $\alpha = 0.05\%$ -Signifikanzschwelle nicht überschreiten.

1.1. Der Zusammenhang zwischen STR-Skalen und persönlichen Angaben

Hier wurden nur 3 Kriterien-Variablen berücksichtigt: Geschlecht, Arbeitszeit und Einkommen.

Die Interkorrelationen befinden sich in Tabelle 57.

Bei der Variable Geschlecht weisen negative Korrelationen auf das männliche und positive auf das weibliche Geschlecht hin.

Im Bereich der Streßreaktionen-Skalen beobachtet man, daß sich Männer nur bei "Leistungsorientierung" stärker auszeichnen als Frauen, ansonsten durch "Kummer und Sorgen", "Konflikthäufigkeit", "Erschöpfung", "Psychisch bedingte Beschwerden", "Nicht abschalten können", "Muskelverspannung" und "Leistungseinschränkung unter Druck" eher das weibliche Geschlecht Streßreaktionen zeigt.

Streß korreliert auch nicht positiv mit Einkommen.

Bezüglich der Coping-Reaktionen zeichnen sich die Männer stärker aus. "Selbstbestimmung" und "Handlungsfreiheit" sind hier die häufigsten Maßnahmen. Das Einkommen erhöht sich auch proportionell zum Ausmaß bzw. zur Stärke dieser Variablen und zur "Fähigkeit zur Konfliktlösung", aber mehr zur Einkommenshöhe trägt die "Entscheidungskraft" der untersuchten Versuchspersonen bei.

Tabelle 57

	Geschlecht	Arbeitszeit	Ein-kommen		Geschlecht	Arbeitszeit	Ein-kommen
Leistungsorientierung	.14***		-.08*	Gewissenhaftigkeit	-.12**		.11**
Besitzstreben		.10***	-.08*	Gehör finden			
Kummer u. Sorgen	.18***	.12**	.21***	Offenheit	-.12**		.11**
Konflikthäufigkeit	.09*	.09*		Handlungsfreiheit	-.14***	.13***	.19***
Konfliktstau				Konfliktlösungs-fertigkeit	-.09*		.17***
Pessimismus			-.17***	Optimismus			
Erschöpfung	.09*		-.14***	Selbstbestimmung	-.17***		.13***
Psychisch bed. Beschwerd.	.15***		-.20***	Selbstvertrauen	-.13***		.11**
Nicht abschalten können	.10**	.19***	-.19***	Entspannungsfähigkeit	-.10**	.12**	.08*
Leistungs einschr. unt. Druck	.22***	.11**	-.29***	Ärgerkontrolle			
Muskelverspannung	.17***		-.22***	Entscheidungskraft	-.13***		.19***
Resignation			-.26***	Rigide Einstellung			

1:2. Der Zusammenhang zwischen SOK-Skalen und persönlichen
Kriterien-Angaben

Ähnlich wie bei den STR-Korrelationen weisen die Koeffizienten hier eher auf das weibliche Geschlecht hin, welches dann sozialen Streß im Sprachbereich stärker zeigt als sonst.

"Mangelnde Redegewandtheit", "Redehemmung" und "Unsicherheit im Gespräch" führt letzten Endes zu dieser allgemeinen "sozialen Gehemmtheit" hin. (Siehe Tabelle 58.)

Soziale Inkompetenz weist auch eine negative Beziehung zum Einkommen auf.

Im Bereich des Copings sozialer Streß durch verbale und soziale Kompetenzen zeichnen sich die Männer wieder stärker aus. "Sprachgewandtheit" und "Selbstsicherheit" können dabei zu höherem Einkommen verhelfen.

Tabelle 58:

	Geschlecht	Arbeitszeit	Ein-kommen		Geschlecht	Arbeitszeit	Ein-kommen
Mangelnde Redegewandtheit	.09*		-.25***	Redegewandtheit	-.15***		-.17***
Redehemmung	.17***		-.26***	Verbale Initiative			.08*
Unsicherheit i. Gespräch	.14***		-.24***	Gesprächigkeit	.09*		
Mangelnde Überzeugungskraft			-.27***	Besonnenheit			
Verb. Verschllossenheit				Faszinationskraft			
Wortkargheit			-.09*	Freude a. Organisieren			
Kontaktscheu			-.12**	Geselligkeit			
Gehemmtheit	.16***		-.19***	Selbstsicherheit	-.12**		.17***
Mangelnde Anziehungskraft			-.14***	Anziehungskraft			
Zurückgezogenheit				Kontaktfreude			
Emotionale Verschllossenheit	.08*						

2. Der Zusammenhang zwischen STR- und SOK-Skalen und den Lebensdaten

2.1. Die "STRESS-REAKTIONEN" und die Lebensdaten

Die Interkorrelationsmatrix für die Zusammenhänge zwischen den STR-Reaktionen und dem Typ-A zeigt durchgängig - bis auf 2 Ausnahmen - sehr hoch signifikante Korrelationen.

Auf der Typ-A-Seite ist der am stärksten interkorrelierende Faktor "Belastung unter Druck" und auf der STR-Seite der Faktor "Nicht abschalten können" (.49). Dieser erreicht höhere Werte auch bei "Ehrgeiz bei der Arbeit" (.43) und "Selbstbelastung" (.43). Ebenfalls hohe Beziehungen wurden zwischen "Kummer und Sorgen", "Leistungseinschränkung unter Druck" und alle 3 Typ-A-Faktoren beobachtet.

Bei Angst und Belastung und STR-Faktoren zeigt sich ein sehr schwacher Zusammenhang mit "Leistungsorientierung" und "Besitzstreben", aber sehr stark mit "Kummer und Sorgen", "Leistungseinschränkung unter Druck" und "Muskelverspannung".

Die Interkorrelation mit der Lebensqualität zeigt sich ebenso schwach im Bereich der "Leistungsorientierung" und "Besitzstreben", sonst überall hoch signifikante Koeffizienten. Auch hier zeichnet sich der Bereich Familie besonders aus. Vor allem mit "Kummer und Sorgen" wird die Lebensqualität in der Familie besonders verschlechtert (.54). Andere "sonstige Aktivitäten" lassen sich wegen dieser Sorgen und Probleme auch nicht gut qualitativ bewerten (.46). Der Beweis dafür bringt der Zusammenhang "Konflikthäufigkeit" und Lebensqualität in der Familie und sonstigen Aktivitäten. Hier sind die Werte 0.44 bzw. 0.37. Das gespannte Familienklima führt letzten Endes zu Muskelverspannungen überall: Familie, Arbeit, Freizeit.

"Lebensgewandtheit durch Flexibilität" ist der am stärksten mit STR-Reaktionen korrelierende - negativ korrelierende - Faktor. Vor allem im Bereich der "Leistungseinschränkung unter Druck" wird Flexibilität inkompatibel.

Positive Beziehungen zum Streß unterhält die sonst immer schlecht interkorrelierende Variable "Leistungsorientierung".

Im Bereich "Initiative" wird deutliche Unverträglichkeit mit "Pessimismus" (.29) und "Resignation" (.29) dargestellt. Vor allem in der Arbeit.

Was die "Freiheit" betrifft - auch hier in der Arbeit - ist der Zusammenhang mit Streß negativ, u.a., was "Pessimismus" oder "Muskelverspannung" anbelangt.

Tabelle 59:	T Y P - A				G S A		LEBENSQUALITÄT		
	Belastg. unter Druck	Ergeiz. bei d. Arbeit	Selbst-belastg.		Angst	Belastg.	Arbeit	Famitie	bei and. Aktivit.
Leistungsorientierung	.21***	.20***	.34***		-	.08*			
Besitzstreben	.27***	.25***	.33***		.13***	.14***	.11**		.10**
Kummer und Sorgen	.43***	.42***	.37***		.45***	.43***	.39***	.54***	.46***
Konflikthäufigkeit	.35***	.35***	.36***		.40***	.37***	.35***	.44***	.37***
Konfliktstau	.23***	.25***	.22***		.17***	.18**	.16***	.15***	.14***
Pessimismus	.25***	.17***	.18***		.28***	.29***	.25***	.34***	.33***
Erschöpfung	.33***	.31***	.23***		.34***	.33***	.30***	.30***	.34***
Psych. bed. Beschwerden	.35***	.33***	.25***		.40***	.38***	.27***	.32***	.34***
Nicht abschalt. können	.49***	.43***	.43***		.34***	.33***	.32***	.33***	.33***
Leistungseinschränkung unter Druck	.45***	.41***	.31***		.44***	.40***	.36***	.33***	.36***
Muskelverspannung	.42***	.44***	.36***		.44***	.42***	.37***	.40***	.37***
Resignation	.14***	-	.09*		.18***	.20***	.10**	.17***	.21***

Tabelle 60:	LEBENSGEWANDTHEIT				INITIATIVE		FREIHEIT	
	in wicht. Situat.	durch Flexi- bilit.	durch Ent- scheidg.	durch Mensch. kennn.	Arbeit	Familie	Arbeit	Familie
Leistungsorientierung	.23***	.21***	.21***	.24***	.12***	.15***		
Besitzstreben	.18***		.09***	.12***				
Kummer und Sorgen		-.17***	.09***		-.16***	-.15***	-.20***	-.18***
Konflikthäufigkeit	-.10**	-.14***	.11**				-.10**	-.09*
Konfliktstau	.14***			.13***				
Pessimismus		-.20***			-.29***	-.14***	-.22***	-.18***
Erschöpfung		-.22***			-.21***	-.14***	-.19***	-.16***
Psych. bed. Beschwerden		-.18***			-.14***		-.12***	-.10**
Nicht abschalt. können		-.15***			-.16***	-.10**	-.17***	-.12**
Leistungs einschränkung unter Druck	-.11**	-.31***	-.10**		-.18***	-.16***	-.16***	-.13***
Muskelverspannung		-.18***			-.16***	-.13***	-.22***	-.14***
Resignation		-.15***			-.29***	-.12**	-.18***	-.08*

2.2. Coping und die Lebensdaten

Erwartungsgemäß zeigten die 750 Versuchspersonen - darunter 590 Herzkrankte - nur sehr geringfügige Korrelationen mit Coping-Faktoren. Nur einige wenige von den 20 signifikanten Koeffizienten weisen bedeutsame Beziehungen auf.

So ist Rigide Einstellung mit Selbstbeslastung (.34) die höchste Interkorrelation. Negativ hoch korreliert "Entspannungsfähigkeit" und "Belastung unter Druck" (-.30).

Angst und Belastung korrelieren negativ und schwach mit Coping. Mit "Entspannungsfähigkeit" erhöht sich der Zusammenhang auf bedeutsamen Niveau (-.36 bzw. -.33).

Alle Variablen der Lebensqualität unterhalten eine negative Beziehung zum Coping. In allen 3 Bereichen - Arbeit, Familie und sonstige Aktivitäten - ist ein Zusammenhang mit "Handlungsfreiheit", "Optimismus" und u.a. "Entspannungsfähigkeit" negativ hoch.

Dagegen ist die vollständige Lebensgewandtheit-Matrix sehr hoch und positiv. Die ersten 2 Faktoren "LG in wichtigen Situationen" und "LG durch Flexibilität" zeigen hier die stärksten korrelativen Zusammenhänge. "Flexibilität" und "Entscheidungskraft" mit .52, oder mit "Selbstvertrauen" (.48) und "Konfliktlösungsfertigkeiten" (.46) sind nur einige von vielen positiven Koeffizienten.

Coping und "Initiative in der Arbeit" zeigen guten Zusammenhang mit "Handlungsfreiheit" (.39) und im Bereich der Familie mit "Entscheidungskraft" gute Beispiele für Streßbewältigungsmechanismen.

"Freiheit" und "Handlungsfreiheit" korrelieren sehr hoch untereinander (.52 in der Arbeit, .31 in der Familie), mit "Selbstbestimmung" (.35) und "Entscheidungskraft" (.26) ebenfalls.

Tabelle 62:	T Y P - A				G S A		LEBENSQUALITÄT		
	Belastg. Druck unter	Ehrgeiz Arbeit	Selbst- belastg.		Angst	Belastg.	Arbeit	Familie	bei and. Aktivit.
Gewissenhaftigkeit	.15***	.09*	.23***				-.15***	.16***	.22***
Gehör finden			.10**				-.15***	.14***	.17***
Offenheit	.09*		.19***			-.08*	-.15***	-.10**	.18***
Handlungsfreiheit	-.09*	-.13***			-.21***	.21***	-.27***	.36***	.33***
Konfliktlösungsfert.		.11**			-.10**	-.12**	-.14***	.15***	.23***
Optimismus					-.17***	-.16***	-.27***	.37***	-.36***
Selbstbestimmung			.11**		-.13***	.12**	-.22***	.20***	.26***
Selbstvertrauen			.12**		-.17***	-.15***	-.26***	.26***	.32***
Entspannungsfähig.	-.30***	.26***	.18***		-.36***	.33***	-.33***	.36***	.37***
Ärgerkontrolle	-.14***	-.09*			-.14***	-.12**	-.11**	.08***	.10**
Entscheidungskraft			.21***		-.15***	.13***	-.22***	.17***	.21***
Rigide Einstellung	.20***	.16***	.34***				-.16***	-.12**	.15***

Tabelle 61:	LEBENSGEWANDTHEIT					INITIATIVE		FREIHEIT	
	Wicht. Situat.	durch Flexi- bitit.	durch Ent- scheidg.	durch Mensch. kenntn.		Arbeit	Familit	Arbeit	Familit
Gewissenhaftigkeit	.45**	.32***	.28***	.40***		.22***	.21***	.17***	.21***
Gehör finden	.22***	.27***	.18***	.24***		.11**	.16***	.14***	.19***
Offenheit	.30***	.33***	.32***	.37***		.19***	.16***	.21***	.19***
Handlungsfreiheit	.29***	.34***	.19***	.27***		.39***	.23***	.52***	.31***
Konfliktlösungsfert.	.43***	.46***	.32***	.45***		.25***	.18***	.17***	.16***
Optimismus	.30***	.34***	.13***	.19***		.23***	.18***	.20***	.18***
Selbstbestimmung	.39***	.41***	.28***	.29***		.31***	.22***	.35***	.21***
Selbstvertrauen	.47***	.48***	.35***	.35***		.31***	.24***	.28***	.20***
Entspannungsfähigk.	.29***	.36***	.12**	.20***		.17***	.17***	.25***	.15***
Ärgerkontrolle	.32***	.37***	.26***	.18***		.08*	.08*		
Entscheidungskraft	.42***	.52***	.45***	.34***		.28***	.30***	.20***	.26***
Rigide Einstellung	.46***	.35***	.33***	.36***		.22***	.20***	.15***	.16***

2.3. Soziale Inkompetenz und Lebensdaten

Es wurde schlechthin eine positive Beziehung zwischen Typ-A-Faktoren und Sozialer Inkompetenz festgestellt. Auch hier ist der Faktor "Belastung unter Druck" der stärkste und zeigt sich in hohem korrelativen Zusammenhang zu "Unsicherheit im Gespräch", "Redehemmung" und "verbale Verschllossenheit". Auch hier hat der Faktor "Ehrgeiz bei der Arbeit" und "Selbstbelastung" ihre stärksten Koeffizienten.

Die verbalen Faktoren der sozialen Inkompetenz beteiligen sich an Angst und Belastung mehr als die sonstigen sozialen Variablen. Auch in diesem Bereich spielt "Unsicherheit im Gespräch" eine starke Rolle.

Bei der "Lebensqualität" setzt der zuletzt erwähnte Faktor "Unsicherheit im Gespräch" seinen starken Einfluß fort. Während "Kontaktscheu" die Qualität des Lebens in der Freizeit stärker als in der Arbeit oder in der Familie beeinträchtigt, breitet sich hier überall eine allgemeine Gehemmtheit aus.

Die 4 Faktoren der "Lebensgewandtheit" korrelieren negativ mit sozialer Inkompetenzfaktoren. Lediglich mit "emotionaler Verschllossenheit" wird hier ein positiver Zusammenhang beobachtet. "LG-Flexibilität" ist auch hier der stärkste Faktor und korreliert hoch negativ mit "verbaler" und "sozialer Gehemmtheit" und "Kontaktscheu".

Zwischen "Initiative in der Arbeit" und den sozialen Inkompetenz-Faktoren, ist die negative Beziehung stärker als mit der "Initiative in der Familie", "Unsicherheit im Gespräch"; "Redehemmung" und "Kontaktscheu" sind aber in beiden Bereichen die wichtigsten Variablen.

Ein ähnliches Bild wird bei "Freiheit in der Arbeit" beobachtet. Auch das Verhältnis "Freiheit in der Arbeit" und "Familie" gleicht dem des oben beschriebenen.

Tabelle 63:	T Y P - A				G S A		LEBENSQUALITÄT		
	Belastg. unter Druck	Eingez. Arbeit	Selbst- be- lastung		Angst	Belastg.	Arbeit	Famitie	Beit. and. Aktivit.
Mangelnde Redefähigkeit	.26***	.18***	.18***		.20***	.15***	.20***	.21***	.27***
Redehemmung	.27***	.21***	.15***		.25***	.20***	.23***	.23***	.28***
Unsicherheit i. Gespräch	.32***	.25***	.23***		.28***	.25***	.28***	.29***	.35***
Mangelnde Überzeugungskraft	.22***	.12**	.13***		.20***	.15***	.19***	.23***	.29***
Verb. Verschllossenheit	.23***	.20***	.18***		.13***	.15***	.08*	.13***	.16***
Wortkargheit	.18***	.08*	.14***		.12**	.10**	.11**	.09***	.19***
Kontaktscheu	.14***	.09*			.17***	.15***	.23***	.24***	.33***
Gehemmtheit	.24***	.16***	.15***		.25***	.19***	.24***	.25***	.31***
Mangelnde Anziehungskraft	.15***	.12***	.08*		.17***	.20***	.18***	.25***	.30***
Zurückgezogenheit	.22***	.15***	.12**		.15***	.16***	.19***	.20***	.28***
Emotionale Verschllossenheit	.17***	.16***	.18***			.11**	.10**	.10**	.16***

Tabelle 64

	LEBENSGEWANDTHEIT				INITIATIVE		FREIHEIT	
	i. wicht. Situat.	durch Flexit. bitit.	durch Ent- scheidg.	durch Mensch. kennth.	Arbeit	Familitie	Arbeit	Familitie
Mangelnde Redegewandtheit	-.12**	-.27***	-.15***		-.23***	-.14***	-.21***	-.13***
Redehemmung	-.16***	-.31***	-.18***	-.14***	-.24***	-.15***	-.18***	-.12***
Unsicherheit i. Gespräch	-.14***	-.29***	-.12***	-.10**	-.26***	-.19***	-.24***	-.20***
Mangelnde Überzeugungskraft		-.25***	-.09*	-.11**	-.24***	-.17***	-.16***	-.10*
Verb. Verschlossenheit	-.08*	-.09*			-.11**		-.10**	
Wortkargheit		-.15***			-.15***		-.12**	-.08*
Kontaktscheu	-.17***	-.32***	-.15***	-.17***	-.26***	-.16***	-.21***	-.15***
Geheimtheit	-.18***	-.34***	-.18***	-.12**	-.21***	-.17***	-.18***	-.16***
Mangelnde Anziehungskraft	-.09*	-.20***	-.09*		-.17***	-.11**	-.15***	-.13***
Zurückgezogenheit	-.09*	-.24***			-.18***	-.12**	-.16***	-.13***
Emotionale Verschlossenheit	-.16***		-.11**	-.10**				

2.4. Soziale Kompetenz und Lebensdaten

Der Zusammenhang Typ-A und Soziale Kompetenz-Faktoren ist spärlich und schwach. Lediglich bei der "Faszinationskraft" erreicht die Interkorrelation 0.20. Der Faktor "Selbstbelastung" zeigt sich hier im Gegenteil als der weniger schwache.

"Angst und Belastung" zeigt sich hier ebenso gering. Die Korrelationen erreichen zwar gewisse Signifikanz, aber in keiner ausreichenden Stärke.

Der negative Zusammenhang "Lebensqualität" und "Soziale Kompetenz" wird deutlicher in "Sonstige Bereiche" als in der Familie oder Arbeit. Er verhält sich konträr zur positiven Selbstsicherheit mit Werten von -.32, -.24 und -.23.

Ein umgekehrtes Bild bietet aber die Lebensgewandtheitsfaktoren. Überall hoch positiv korrelierende Variablen. Flexibilität weist einen guten Zusammenhang mit "Redegewandtheit" (.50), "Selbstsicherheit" (.56), "Geselligkeit" (.41) und "verbaler Initiative" (.38) auf. "LG in wichtigen Situationen" korreliert hoch mit "Besonnenheit" (.46) und "Selbstsicherheit" (.46). Dies, um nur einige Beispiele zu nennen.

Initiative und Freiheit zeigen keine hohe Korrelationen zur sozialen Kompetenz. Dennoch ist der Zusammenhang "Selbstsicherheit" und "Initiative" (.28) und "Freiheit in der Arbeit" (.27), sowie im familiären Bereich (Initiative = .23, Freiheit = .21) so unterschiedlich zu den anderen Korrelationen, das hier hervorgehoben werden sollte.

Tabelle 65:	T Y P - A				G S A		LEBENSQUALITÄT			
	Belastg. unter Druck	Ehrgeiz b. der Arbeit	Selbst- belastg.		Angst	Belast	Arbeit	Familie	Be- zieh. and.	Aktiv.
Redegewandtheit			.13***		-.13***	-.11**	-.15***	-.13***		-.17***
Verbale Initiative			.11**		-.08*	-.08*	-.08*	-.08*		-.18***
Gesprächigkeit		.09*	-.15***				-.11**			-.17***
Besonnenheit					-.11**	-.12**	-.14***	-.15***		-.18***
Faszinationskraft	.11**	.09*	.20***					.08*		
Freude am Organisieren			.08*		-.03*	-.09*				
Geselligkeit	-.09*				-.10**	-.11**	-.18***	-.20***		-.29***
Selbstsicherheit	-.08*				-.18***	-.18***	-.24***	-.23***		-.32***
Anziehungskraft			.15***							-.13***
Kontaktfreude			.15***				-.09*	-.11**		-.20***

Tabelle 66:	LEBENSGEWANDTHEIT					INITIATIVE		FREIHEIT	
	in wich- tigen Situat.	durch Flexi- bilit.	durch Ent- scheidg.	durch Mensch. kennn.	Arbeit	Familie	Arbeit	Familie	
Redegewandtheit	.39***	.50***	.41***	.34***	.20***	.17***	.12***	.12**	
Verbale Initiative	.26***	.38***	.25***	.24***	.15***	.09***	.13***	.09*	
Gesprächigkeit	.24***	.32***	.25***	.28***	.10**		.08*	.09*	
Besonnenheit	.46***	.36***	.24***	.39***	.12**	.09*	.10**	.10**	
Faszinationskraft	.16***	.24***	.21***	.24***					
Freude am Organisieren	.22***	.30***	.23***	.21***	.12**	.08*			
Geselligkeit	.30***	.41***	.19***	.25***	.16***	.11**	.18***	.15***	
Selbstsicherheit	.46***	.56***	.38***	.37***	.28***	.23***	.27***	.21***	
Anziehungskraft	.29***	.36***	.30***	.24***	.14***	.13***	.09*	.08*	
Kontaktfreude	.26***	.36***	.23***	.32***	.14***	.13***	.15***	.13***	

3. Der Zusammenhang zwischen STR- und SOK-Skalen und Gesundheitsproblemen

3.1. Die Streß-Reaktionen und Beschwerden

Der Faktor "Sympathikotonische Beschwerden" interkorreliert am stärksten mit Streßfaktoren und mit "psychisch bedingten Beschwerden" (.56) und "Muskelverspannung" (.56) am stärksten. Ihnen folgen "Kummer und Sorgen" (.53), "Erschöpfung" (.52) und "Leistungseinschränkung unter Druck" (.45).

An zweiter Stelle zeigt sich der Faktor "Herz- und Kreislauf-Beschwerden" als stärker interkorrelierende Variable vor vagotonischen Symptomen. Auch im Herz-Kreislauf-Bereich wird der höchste korrelative Zusammenhang mit dem Streßfaktor "psychisch bedingte Beschwerden" (.55) beobachtet. "Erschöpfung" (.54) "Muskelverspannung" (.46) und "Kummer und Sorgen" gestalten hier zusammen ein gleiches Bild, wie beim ersten Faktor "sympathikotonische Beschwerden" und zeigen auch ähnliche Korrelationen.

3.2. Coping und Beschwerden

Die Interkorrelationsmatrix ist zwar spärlich, aber doch vollständig mit negativen Korrelationen belegt. Der sprunghafte Anstieg des korrelativen Zusammenhangs bei der "Entspannungsfähigkeit" in den ersten 2 Faktoren "Sympathikotonische" (-.39) und "Herz- und Kreislaufbeschwerden" (-.31) ist auffallend. Bei vagotonischen Beschwerden, bei denen das Aktivierungsniveau des Organismus sowieso schon niedriger ist, ist die inkompatible Beziehung Beschwerden - Entspannungsfähigkeit nicht mehr so stark. Am schwächsten ist es allerdings zwischen "Selbstvertrauen" (-.08) und "Gewissenhaftigkeit" (-.08) mit "vagotonischen Beschwerden".

Tabelle 67:

	Sympathikon. Beschwerden	Herz- und Kreislauf- Beschwerden	Vagotonische Beschwerden	Diabetis- u. Übergewichts- Beschwerden
Leistungsorientierung				.08*
Besitzstreben	.16***	.18***		.12**
Kummer und Sorgen	.53***	.45***	.30***	.21***
Konfliktthäufigkeit	.38***	.26***	.15***	.12**
Konfliktstau	.20***	.23***	.08***	.14***
Pessimismus	.32***	.30***	.20***	.12**
Erschöpfung	.52***	.54***	.28***	.31***
Psych. bed. Beschwerden	.56***	.55***	.31***	.30***
Nicht abschalt. können	.37***	.34***	.22***	.19***
Leistungseinschr. unt. Druck	.45***	.39***	.23***	.18***
Muskelverspannung	.56***	.46***	.28***	.22***
Resignation	.25***	.22***	.20***	.12**

	Sympathikon. Beschwerden	Herz- und Kreislauf- Beschwerden	Vagotonische Beschwerden	Diabetis- u. Übergewichts- Beschwerden
Gewissenhaftigkeit			-.08*	
Gehör finden				
Offenheit				
Handlungsfreiheit	.25***	-.19***	.15***	.15***
Konfliktlösungsfert.			-.09*	
Optimismus	-.22***	.17***	-.12**	
Selbstbestimmung	-.11**			
Selbstvertrauen	-.14***		-.08*	
Entspannungsfähig.	-.39***	.31***	.15***	.14***
Ärgerkontrolle	-.14***	-.09*	-.08*	
Entscheidungskraft	-.11**			
Rigide Einstellung				

3.3. Die soziale Inkompetenz und Beschwerden

Die höchste korrelative Beziehung findet hier im Bereich der zwei ersten Beschwerdefaktoren "Sympathikotonischen" und "Herz-und Kreislauferkrankheiten" statt. "Unsicherheit im Gespräch", "Verbale und soziale Gehemmtheit" spielen bei der Entstehung dieser Beschwerden eine signifikante Rolle, auch wenn das Ausmaß dieser Einflüsse nicht so hoch ist.

3.4. Soziale Kompetenz und Beschwerden

Hier zeigt sich eine Korrelationsmatrix, die sehr wenige korrelative Zusammenhänge besitzt. Die 8 dort signifikant angegebenen Interkorrelationen sind alle in niedrigeren Werten.

3.5. STR-Reaktionen und Tablettenkonsum

In Tabelle 67 wird ersichtlich, daß alle Streßvariablen, sowohl im Leistungs- wie in sozialen Bereichen, häufigere und positivere Zusammenhänge zu Medikamenten aufweisen, als die Coping-Faktoren. Im Leistungs-Streß-Bereich sind diese Interkorrelationen am höchsten mit "Erschöpfung" (.39), "psychisch bedingte Beschwerden" (.38), "Kummer und Sorgen" (.30).

3.6. Soziale Inkompetenz und Tablettenkonsum

Aus Tabelle 70 ist ersichtlich, daß Coping Variablen keine bedeutsame Beziehung zu Medikamenten aufweisen. Aus der Matrix könnte lediglich spekulativ geschlossen werden: Wer sich entspannen kann und wer jemanden hat, der ihm Gehör schenkt, der braucht weniger Medikamente.

3.7. Coping und Tablettenkonsum

Die Interkorrelationen sind hier zwar signifikant, aber sehr niedrig. Lediglich "Anziehungskraft" stellt mit .20 eine hohe Beziehung zu Medikamenten her.

3.8. Soziale Kompetenz und Tablettenkonsum

Hier sind keine nennenswerten Korrelationen (s. Tabelle 70).

Tabelle 68:

	Sympathikoton. Beschwerden	Herz- u. Kreislauf- Beschwerden	Vagotonische Beschwerden	Diabetis u. Übergewichts- Beschwerden			Sympathikoton. Beschwerden	Herz- und Kreislauf- Beschwerden	Vagotonische Beschwerden	Diabetis u. Übergewichts- Beschwerden	
Mangelnde Redegewandtheit	.26***	.22***	.19***	.13***	Redegewandtheit		-.08***				Diabetis u. Übergewichts- Beschwerden
Redehemmung	.29***	.21***	.18***	.14***	Verbale Initiative						
Unsicherheit im Gespräch	.33***	.25***	.21***	.12***	Gesprächigkeit						
Mangelnde Überzeugungskraft	.27***	.22***	.16***	.12***	Besonnenheit						
Verbale Verschlossenheit	.25***	.24***	.14***	.15***	Faszinationskraft						
Wortkargheit	.18***	.18***	.10***	.11***	Freude am Organisieren						
Kontaktscheu	.24***	.18***	.15***	.10***	Geselligkeit		-.15***	.14***	-.09***		
Gehemmtheit	.25***	.17***	.16***		Selbstsicherheit		-.19***	.13***	-.09***		
Mangelnde Anziehungskraft	.24***	.20***	.19***	.12***	Anziehungskraft						-.08***
Zurückgezogenheit	.21***	.18***	.12***	.12***	Kontaktfreude						
Emotionale Verschlossenheit	.16***	.17***	.09***	.10***							

Tabelle 69 :		Tabletten- konsum	Tabletten- konsum	Tabelle 70:	Tabletten- konsum	Tabletten- konsum
Leistungsorientierung			Gewissenhaftigkeit	Mangelnde Redegewandtheit	.16***	Redegewandtheit
Besitzstreben		.14***	Gehör finden	Redehemmung	.15***	Verbale Initiative
Kummer und Sorgen		.31***	Offenheit	Unsicherheit i. Gespräch	.15***	Gesprächigkeit
Konflikthäufigkeit		.10**	Handlungsfreiheit	Mangelnde Überzeugungskraft	.17***	Besonnenheit
Konfliktstau		.16***	Konfliktlösungs- fertigkeit	Verbale Verschlossenheit	.16***	Faszinationskraft
Pessimismus		.20***	Optimismus	Wortkargheit	.14***	Freude am Organisieren
Erschöpfung		.39***	Selbstbestimmung	Kontaktscheu	.13***	Geselligkeit
Psych.bed. Beschwerden		.38***	Selbstvertrauen	Gehemmtheit	.09*	Selbstsicherheit
Nicht abschalt. können		.19***	Entspannungsfähigk.	Mangelnde Anziehungskraft	.20***	Anziehungskraft
Leistungseinschr. unter Druck		.23***	Ärgerkontrolle	Zurückgezogenheit	.15***	Kontaktfreude
Muskelverspannung		.30***	Entscheidungskraft	Emotionale Verschlossenheit	.11**	
Resignation		.21***	Rigide Einstellung			

4. Die Sekundärfaktoren der STR - SOK - Skalen und die Kriterien

Oberblick

Im folgenden werden die Zusammenhänge zwischen den 6 Sekundärfaktoren der STR-SOK-Skalen in Zusammenhang mit einigen wichtigsten Kriterien-Variablen analysiert.

Der Einfachheit wegen wurden diese Zusammenhänge tabellarisch dargestellt. Die Sekundärfaktoren wurden "SEK" genannt und werden in dieser Abkürzung hier weiter behandelt.

4.1. SEK 1-6 und das Kriterium ALTER

Die Altersklassen 20-60 Lebensjahre wurden zu 3 Altersbereichen zusammengefasst:

- 1) bis 30 Jahre alt
- 2) 31 bis 50 Jahre alt
- 3) 51 bis 60 Jahre alt

(Tabelle 71)

S E K	20-30J. N=180 MW	31-50J. N=321 MW	51-60J. N=249 MW	Signifikanz
1 Selbstbestimmung	12.6	13.0	13.7	0.001
2 Erfolgsstreben	7.5	7.8	7.6	-
3 Soziale Initiative	19.7	18.7	19.1	2.9
4 Soziale Zurückhaltung	8.4	8.6	8.7	-
5 Streßreaktionen	15.0	16.0	15.9	-
6 Soziale Unsicherheit	12.4	12.4	12.3	-

Bezüglich des Alters unterscheiden sich die Gruppen signifikanterweise nur auf 2 Faktoren: "Selbstbestimmung" und "Soziale Initiative". Während die Älteren ihr Leben stärker bestimmen als die anderen, unternehmen die Jüngeren häufigere "Soziale Initiativen". Die Teilnehmer der mittleren Lebensspanne erweisen sich als die passiveren.

4.2. SEK 1-6 und das Geschlecht

männlich = 1

weiblich = 2

(Tabelle 72)

SEK	männlich N=366	weiblich N=384	Signifkanz %
	MW	MW	
1 Selbstbestimmung	13.6	12.6	0.001
2 Erfolgsstreben	7.8	7.5	-
3 Soz. Initiative	19.3	18.9	-
4 Soz. Zurückhaltung	8.6	8.6	-
5 Streßreaktionen	15.0	16.5	0.001
6 Soz. Unsicherheit	12.0	12.7	0.01

Aus dieser Matrix geht hervor, daß Männer ihr Leben stärker als die Frauen selbst bestimmen. Diese zeigen mehr Streßreaktionen und ausgeprägtere soziale Unsicherheit als das männliche Geschlecht.

Der Zusammenhang sekundäre Faktoren und Berufe, weist mehr signifikante Beziehungen auf als die anderen untersuchten Kriterien-Variablen. Hausfrauen, Facharbeiter, Beamte und Angestellte können ihr Leben viel stärker selbst bestimmen als Selbständige oder ungelernte Arbeiter. Sie unterscheiden sich bezüglich Erfolgsstreben allerdings nicht voneinander. Die Selbständigen und auch die ungelernten Arbeiter weisen aber auch mehr Streßreaktionen als die anderen Berufsgruppen auf. Sie zeigen sich ebenso sozial unsicher als die übrigen Teilnehmer.

(Siehe die nachfolgende Tabelle 73)

(Tabelle 73)

4.3. SEK 1-6 und der Beruf

Die Berufsspalten gliedern sich nach folgendem standardisierten Modell:

1 = Selbständiger, 2 = Hausfrauen, 3 = Beamter, 4 = Rentner, 5 = Facharbeiter, 6 = Angestellter,
 7 = ungelernter Arbeiter

(Tabelle 73)

SEK	1	MW Selbständige N = 56	MW Hausfrauen N = 72	MW Beamte N = 74	MW Rentner N = 127	MW Facharbeiter N = 159	MW Angestellte N = 117	MW Ungelernt. N = 145	Signifikanz %
Selbstbestimmung		12.7	13.6	13.5	13.1	13.6	13.5	12.1	0.001
Erfolgsstreben		7.8	7.6	8.0	7.5	7.8	7.6	7.6	-
Soziale Initiative		18.5	19.6	20.0	19.2	19.6	18.7	18.2	0.01
Soziale Zurückhaltung		8.8	8.6	8.9	8.4	8.4	8.6	8.8	-
Streßreaktionen		16.7	15.4	15.3	14.5	15.2	15.5	17.6	0.001
Soziale Unsicherheit		13.4	11.9	12.2	12.0	11.9	12.4	13.0	0.01

5. Die Sekundärfaktoren STR-SOK-Skalen und die Kriterien- Faktoren 1 und 2

Überblick

Anschließend werden die Zusammenhänge zwischen den 6 Sekundärfaktoren der STR-SOK-Skalen im Zusammenhang mit einigen wichtigen Kriterien-Variablen analysiert.

Der Einfachheit wegen werden diese Zusammenhänge tabellarisch dargestellt.

Die Sekundärfaktoren wurden "SEK" genannt und werden in dieser Abkürzung hier weiter behandelt.

5.1. Interkorrelationen zwischen SEK 1 bis SEK 6 und
die 2 Kriterienfaktoren

Zuletzt werden die Interkorrelationen zwischen den 6 Sekundärfaktoren der STR-SOK-Skalen mit den 2 Sekundärfaktoren der Kriterienvariablen dargestellt und kurz kommentiert.

(Tabelle 74)

SEK	KRI FAK 1 positive Lebensqualität	KRI FAK 2 negative Lebensqualität
1 Selbstbestimmung	.60***	-.24***
2 Erfolgsstreben	.25***	.16***
3 Soz. Initiative	.42***	-.12***
4 Soz. Zurückhaltung	.08*	.17***
5 Streßreaktionen	-.26***	.69***
6 Soz. Unsicherheit	-.31***	.40***
M W	.32	.30

Die Interkorrelationsmatrix ist - bis auf eine einzige Ausnahme - auf dem $\alpha = 0.001\%$ -Niveau signifikant.

Die Richtungen, wie die Höhe der Koeffizienten, erfüllen die gestellten Erwartungen.

Die Effizienz der Selbstbestimmung bei der Gestaltung und Aufrechterhaltung einer positiven, gesunden Lebensqualität (.60) wird hier deutlich. Daß die Selbstbestimmung dem Menschen in einer vielfachstrukturierten Gesellschaft auch Probleme bereiten kann, wird aus dem Beitrag dieses Faktors zur negativen Lebensqualität (-.24) ersichtlich. Auch Erfolgsstreben kann sich in beiden Richtungen auswirken bzw. zur positiven wie zur negativen Lebensqualität beitragen.

Ebenfalls eindeutig ist die Auswirkung von Streßreaktionen auf die Lebensqualität (.69) mit deren negativen Aspekten.

Da Soziale Unsicherheit eine Minderung des Lebensgenusses bewirkt, ist ihr Zusammenhang mit negativer Lebensqualität selbstverständlich hier viel höher (.40).

IV. DIE GRUPPEN

Überblick

In diesem Kapitel werden die 2 experimentellen und die Kontrollgruppe nach ihren Mittelwertunterschieden untersucht.

Verglichen werden hier das Antwortverhalten der 2 experimentellen Gruppen und 1 Kontrollgruppe in den Kriterien und Prädiktoren-Variablen.

Mit Hilfe statistischer Verfahren werden ihre Mittelwertunterschiede auf Signifikanz überprüft.

Die prozentuale Verteilung der 3 Gruppen auf die Gesamtstichprobe ist:

(Tabelle 75)

	N	%
DOR = Organpathologische Störungen	365	49
DF = Funktionelle Störungen	225	30
CO = Kontrollgruppe	160	21

In den folgenden Darstellungen werden die Signifikanzkoeffizienten nur bei den Faktoren angegeben, die sich innerhalb der 0.05%-Schwelle befinden. Leere Zeilen bedeuten dort daher: Keine signifikanten Unterschiede!

1. Die Gruppen in den Kriterien

1.1. Verteilung in den persönlichen Angaben

Wegen einer einfacheren Strukturierung der Ergebnisse und Daten werden hier nur die 3 sozioökonomischen Variablen, Alter, Geschlecht und Beruf beschrieben.

ALTER :

So wie in der Gesamtstichprobe war der Altersbereich 51 - 60 Jahre alt am stärksten repräsentiert: Sowohl in der DOR, wie auch in der DF-Gruppe. Die Kontrollgruppe dagegen belegte die jüngsten Altersbereiche.

(Tabelle 76)

Jahre alt	DOR		D F		C O		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
20 - 30	67	18,4	34	15,1	81	52,0	182	24,3
31 - 40	68	18,6	48	21,3	36	22,5	152	20,3
41 - 50	89	25,0	56	25,0	23	14,3	168	22,4
51 - 60	141	39,0	87	39,0	20	12,5	248	33,0
N =	365	100%	225	100%	150	100%	750	100%

Der Zusammenhang Alter und Erkrankung bzw. funktionelle Beschwerdenerscheinung wird in diesem Teil der Arbeit nicht weiter analysiert, aber die Daten lassen vermuten, daß gesunde Senioren (51-60 Jahre alt) in der brasilianischen Population nur im geringen Prozentsatz (12,5%) zu finden sind.

Es scheint mir dennoch angebracht zu erwähnen, daß über 53% der Gesamtpopulation des Landes zwischen 0 - 20 Jahre alt ist.

b) GESCHLECHT

Wie aus der Tabelle 77 entnommen werden kann, waren die Frauen in den DF- und CO-Gruppen häufiger vertreten als die Männer, welche mehr organopathologische Störungen aufwiesen.
(Tabelle 77)

	D O R		D F		C O		T O T A L	
Geschlecht	N	%	N	%	N	%	N	%
Männlich	212	58,1	99	44,0	50	31,3	361	48,1
Weiblich	153	42,0	126	56,0	110	68,7	389	51,9
N =	365	100%	225	100%	160	100%	750	100%

c) BERUF

Die Verteilung der 7 Berufsspalte in den 3 Gruppen wird natürlich sehr stark vom Geschlecht und Alter beeinflusst. Trotzdem beteiligten sich "Hausfrauen" und "Selbständige" mit ähnlichen Häufigkeiten in allen 3 Gruppen.

In den Gruppen der organischen Störungen (DOR) waren überwiegend:

Selbständige: 23,0%; Hausfrauen: 19,2%; Rentner: 18,6%.

In der Gruppe der funktionellen Störungen (DF) waren mehr:

Hausfrauen: 25,0%; Selbständige: 18,7%; Beamte: 13,8% beteiligt.

In der Kontrollgruppe (CO) überwogen die:

Beamte: 32,5%; Hausfrauen: 17,5%; Selbständige: 17,0%.

Siehe hierzu Tabelle 78

Tabelle 78:

Beruf	D O R		D F		C O		T O T A L	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aushilfsarbeiter	31	8,5	19	8,4	5	3,1	55	7,3
Facharbeiter	35	9,6	24	10,7	18	11,3	77	10,0
Angestellter	35	9,6	26	11,6	19	11,9	80	11,0
Beamter	42	11,5	31	13,8	52	32,5	125	16,7
Selbständiger	84	23,0	42	18,7	27	17,0	153	20,4
Rentner	68	18,6	27	12,0	11	6,9	106	14,1
Hausfrauen	70	19,2	56	25,0	28	17,5	154	20,5
N =	365	100%	225	100%	160	100%	750	100%

Tabelle 79 : Wichtige Gruppenmerkmale

	Alter	Geschlecht	B e r u f			
			Selbst.	Hausfrau	Beamter	Rentner
D O R (N=365)	65% 41 - 60	58% männlich	23%	19%	-	19%
D F (N=225)	65% 41 - 60	56% weiblich	19%	25%	14%	-
C O (N=160)	52% 20 - 30	69% weiblich	17%	17,5%	32,5%	-

1.2. Die Gruppen in den Lebensdaten

1.2.1. Die Typ-A-Ausprägungen

Mindestens eine Gruppe weist in jedem Typ-A-Faktor einen Unterschied zu den anderen vergleichenden Gruppen auf. So zeigen sich die "funktionellen" stärker unter Belastung als die Kontrollpersonen.

Was "Ehrgeiz bei der Arbeit" betrifft, wird ein deutlicher Unterschied zwischen "funktionellen" und "Kontrollpersonen", wie auch zwischen "organischen" Kranken und die "gesunden" Teilnehmer.

Auch in dem Faktor "Selbstbelastung" zeichnet sich die "funktionelle" Gruppe stärker.

(Tabelle 80)

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
Typ-A Belastung unter Druck	DOR	DF	17.5	18.1	
	DOR	CO	17.5	17.0	
	DF	CO	18.1	17.0	1.39%

Ehrgeiz bei der Arbeit	DOR	DF	17.0	17.3	
	DOR	CO	17.0	16.1	4.41%
	DF	CO	17.3	16.1	0.92%

Selbstbelastung	DOR	DF	29.3	29.9	
	DOR	CO	29.3	28.6	
	DF	CO	29.9	28.6	4.05%

1.2.2. Lebensqualität

Lediglich im Beruf und Familienleben werden Unterschiede festgestellt. "Organisch Kranke" haben es in diesen Bereichen schlechter.

(Tabelle 81)

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
Lebensqualität Beruf	DOR	DF	19.1	19.5	
	DOR	CO	19.1	20.3	1.62%
	DF	CO	19.5	20.3	

Familie	DOR	DF	19.5	20.4	
	DOR	CO	19.5	21.3	0.08%
	DF	CO	20.4	21.3	

Bei anderen Aktivitäten	DOR	DF	19.1	19.3	
	DOR	CO	19.1	19.8	
	DF	CO	19.3	19.8	

1.2.3. Lebensgewandtheit

In der Meisterung wichtiger Situationen zeigt sich die Gruppe der organisch Kranken fähiger als die "normalen" Teilnehmer. Aber auch die "funktionellen" erbringen hier stärkere signifikante Werte.

Allerdings zeichnet sich die Gruppe der "Organischen" mehr zu Entscheidungen, als die "Funktionellen". Die Erkrankung hindert beide nicht, ihre "Menschenkenntnis" zur Bewältigung von Krisen und Situationen einzusetzen.

(Tabelle 82)

FAKTOR	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
Lebensgewandtheit in wichtigen Situationen	DOR	DF	20.4	20.5	
	DOR	CO	20.4	19.4	0.09%
	DF	CO	20.5	19.4	0.26%

LG durch Flexibilität	DOR	DF	15.2	15.1	
	DOR	CO	15.2	15.1	
	DF	CO	15.1	15.1	

LG durch Entscheidung	DOR	DF	9.8	10.2	4.32%
	DOR	CO	9.8	9.9	
	DF	CO	10.2	9.9	

LG durch Menschenkenntnis	DOR	DF	13.8	13.9	
	DOR	CO	13.8	12.9	0.49%
	DF	CO	13.9	12.9	0.60%

1.3. Die Gruppen und die Gesundheitsprobleme

1.3.1. Die Beschwerden

"Funktionelle" Kranke zeigen häufiger sympathikotonische Beschwerden als organisch Kranke und als Gesunde. Darunter auch Herz- und Kreislaufbeschwerden. Alle beiden leiden außerdem an Diabetis- bzw. Übergewichtsbeschwerden, viel mehr als die Kontrollgruppe.

(Tabelle 83)

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
Sympathikotonische Beschwerden	DOR	DF	17.2	18.5	1.39%
	DOR	CO	17.2	16.3	
	DF	CO	18.5	16.3	0.03%

Herz- und Kreislauf- beschwerden	DOR	DF	14.0	14.7	
	DOR	CO	14.0	11.1	0.00%
	DF	CO	14.7	11.1	0.00%

Vagotonische Beschwerden	DOR	DF	7.8	7.8	
	DOR	CO	7.8	7.6	
	DF	CO	7.8	7.6	

Diabetis- und Über- gewichtsbeschwerden	DOR	DF	6.3	6.8	0.49%
	DOR	CO	6.3	5.5	0.001%
	DF	CO	6.8	5.5	0.001%

1.3.2. Medikamentenkonsum

Wie erwartet konsumieren organisch und psychosomatisch Kranke viel mehr Medikamente als andere. Die organisch Kranken allerdings mehr als alle anderen.

(Tabelle 84)

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
Tablettenkonsum	DOR	DF	14.6	13.8	1.90%
	DOR	CO	14.6	10.7	0.00%
	DF	CO	13.8	10.7	0.00%

2. Die Gruppen in den Prädiktoren

2.1. Die Gruppen in den "Streßreaktionen"

In fast allen Faktoren zeigen die "funktionellen" und "organischen" Kranken stärkere Ausprägungen als die "Gesunden". In "Kummer und Sorgen" und "Muskelverspannung" unterscheiden sie sich aber auch untereinander. Die "funktionellen" Kranken erweisen sich hier in beiden Faktoren als stärker belastet als die "organisch" Kranken.

(Tabelle 85)

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
Leistungsorientierung	DOR	DF	24.0	23.8	
	DOR	CO	24.0	23.3	
	DF	CO	23.8	23.3	

Besitzstreben	DOR	DF	24.0	24.1	
	DOR	CO	24.0	23.0	4.19%
	DF	CO	24.1	23.0	3.55%

Kummer und Sorgen	DOR	DF	19.0	21.0	1.02%
	DOR	CO	19.0	18.0	
	DF	CO	21.0	18.0	0.02%

Konflikthäufigkeit	DOR	DF	17.6	18.2	
	DOR	CO	17.6	19.1	0.73%
	DF	CO	18.2	19.1	

(Tabelle 85)

F A K T O R	Gruppen	MW 1	MW 2	Signifikanz
Konfliktstau	DOR DF	23.8	24.7	
	DOR CO	23.8	23.1	
	DF CO	24.7	23.1	0.82%

Pessimismus	DOR DF	15.7	16.5	
	DOR CO	15.7	14.1	0.01%
	DF CO	16.5	14.1	0.00%

Erschöpfung	DOR DF	18.9	19.0	
	DOR CO	18.9	15.1	0.00%
	DF CO	19.0	15.1	0.00%

Psychisch bedingte Beschwerden	DOR DF	20.0	21.0	
	DOR CO	20.0	16.1	0.00%
	DF CO	21.0	16.1	0.00%

(Tabelle 85)

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
Nicht abschalten können	DOR	DF	21.0	21.2	
	DOR	CO	21.0	18.4	0.04%
	DF	CO	21.2	18.4	0.01%

Leistungseinschränkung unter Druck	DOR	DF	21.1	22.3	
	DOR	CO	21.2	19.7	1.55%
	DF	CO	22.3	19.7	0.02%

Muskelverspannung	DOR	DF	17.1	18.9	0.47%
	DOR	CO	17.1	16.1	
	DF	CO	18.9	16.1	0.01%

Resignation	DOR	DF	16.4	16.5	
	DOR	CO	16.4	13.1	0.00%
	DF	CO	16.5	13.1	0.00%

2.2. Die Gruppen in den Coping-Faktoren

Die Erwartungen an die Gruppenunterschiede in den Coping-Faktoren wurden nicht ganz erfüllt.

Lediglich 5 Merkmale werden hier signifikanterweise festgestellt:

1. DOR sind gewissenhafter als Kontrollpersonen
2. DOR sind entspannungsfähiger als DF
3. Kontrollpersonen sind entspannungsfähiger als DF
4. DOR nehmen viel häufiger rigide Einstellungen an als Kontrollpersonen
5. DF nehmen ebenfalls viel häufiger rigide Einstellungen als Kontrollpersonen ein.

(Tabelle 86)

F A K T O R	Gruppen	MW 1	MW 2	Signifikanz
Gewissenhaftigkeit	DOR DF	33.6	33.0	
	DOR CO	33.6	32.0	0.46%
	DF CO	33.0	32.0	

Gehör finden	DOR DF	24.8	24.4	
	DOR CO	24.8	25.0	
	DF CO	24.4	25.0	

Offenheit	DOR DF	26.3	26.6	
	DOR CO	26.3	25.9	
	DF CO	26.6	25.9	

Handlungsfreiheit	DOR DF	24.7	24.8	
	DOR CO	24.7	24.2	
	DF CO	24.8	24.2	

(Tabelle 86)

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
Konfliktlösungs- fertigkeiten	DOR	DF	25.8	25.5	
	DOR	CO	25.8	25.3	
	DF	CO	25.5	25.3	

Optimismus	DOR	DF	29.4	28.8	
	DOR	CO	29.4	29.6	
	DF	CO	28.8	29.6	

Selbstbestimmung	DOR	DF	28.1	27.8	
	DOR	CO	28.1	27.3	
	DF	CO	27.8	27.3	

Selbstvertrauen	DOR	DF	29.3	29.4	
	DOR	CO	29.3	28.3	
	DF	CO	29.4	28.3	

(Tabelle 86)

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
Entspannungs- fähigkeit	DOR	DF	24.3	22.9	1.58%
	DOR	CO	24.3	24.5	
	DF	CO	22.9	24.5	3.09%

Ärgerkontrolle	DOR	DF	20.3	20.5	
	DOR	CO	20.3	20.8	
	DF	CO	20.5	20.8	

Entscheidungskraft	DOR	DF	23.7	23.4	
	DOR	CO	23.7	23.1	
	DF	CO	23.4	23.1	

Rigide Einstellung	DOR	DF	29.6	29.2	
	DOR	CO	29.6	28.1	0.80%
	DF	CO	29.2	28.1	4.81%

2.3. Die Gruppen in den Faktoren der sozialen Inkompetenz

Beide experimentelle Gruppen haben mehr Schwierigkeiten im Sprachbereich als die Kontrollgruppe.

"Funktionelle" Kranke sind gehemmter, unsicher im Gespräch, vermeiden Kontakte, verfügen über mangelnde Anziehungskraft und ziehen sich von der Gesellschaft zurück, im Gegensatz zu den "Gesunden".

Sie zeigen sich auch "gehemmter und kontaktscheuer" als die "organisch" Kranken. Im allgemeinen sind sie wortkarger als alle anderen.

(Tabelle 87)

F A K T O R	Gruppen	MW 1	MW 2	Signifikanz
Mangelnde Redegewandtheit	DOR DF	20.7	21.4	
	DOR CO	20.7	19.4	3.85%
	DF CO	21.4	19.4	0.66%

Redehemmung	DOR DF	17.3	18.1	
	DOR CO	17.3	16.5	
	DF CO	18.1	16.5	0.49%

Unsicherheit im Gespräch	DOR DF	17.8	19.0	
	DOR CO	17.8	17.7	
	DF CO	19.0	17.7	3.10%

Mangelnde Überzeugungskraft	DOR DF	16.0	16.5	
	DOR CO	16.0	14.9	0.51%
	DF CO	16.5	14.9	0.15 %

(Tabelle 87)

F A K T O R	Gruppen	MW 1	MW 2	Signifikanz
Verbale Verschlossenheit	DOR DF	21.4	21.3	
	DOR CO	21.4	20.0	0.42%
	DF CO	21.3	20.0	4.35%

Wortkargheit	DOR DF	19.3	20.5	1.35%
	DOR CO	19.3	17.9	1.09%
	DF CO	20.5	17.9	0.00%

Kontaktscheu	DOR DF	15.8	16.8	1.89%
	DOR CO	15.8	15.5	
	DF CO	16.8	15.5	1.17%

Gehemmtheit	DOR DF	15.5	16.9	0.24%
	DOR CO	15.2	16.1	
	DF CO	16.9	16.1	

(Tabelle 87)

F A K T O R	Gruppen	MW 1	MW 2	Signifikanz
Mangelnde Anziehungskraft	DOR DF	14.3	15.0	
	DOR CO	14.3	13.5	1.90%
	DF CO	15.0	13.5	0.16%

Zurückgezogenheit	DOR DF	17.2	18.0	
	DOR CO	17.2	16.7	
	DF CO	18.0	16.7	0.85%

Emotionale Verschlossenheit	DOR DF	20.5	21.0	
	DOR CO	20.5	19.9	
	DF CO	21.0	19.9	

2.4. Die Gruppen in den Faktoren der sozialen Kompetenz

Das Bild des signifikanten Gruppenunterschieds in der sozialen Kompetenz ist viel ärmer als das des Copings.

Lediglich in einem Faktor zeigen sie sich "deutlich anders", nämlich in den "Sozialen Initiativen". "Funktionelle" Kranke schneiden hierbei deutlich schlechter ab.

(Tabelle 88')

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
Redegewandtheit	DOR	DF	19.2	18.7	
	DOR	CO	19.2	18.4	
	DF	CO	18.7	18.4	

Verbale Initiative	DOR	DF	21.1	20.5	
	DOR	CO	21.1	22.0	
	DF	CO	20.5	22.0	1.03%

Gesprächigkeit	DOR	DF	22.8	22.7	
	DOR	CO	22.8	23.1	
	DF	CO	22.7	23.1	

Besonnenheit	DOR	DF	28.2	27.5	
	DOR	CO	28.2	27.1	
	DF	CO	27.5	27.1	

(Tabelle 88)

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
Faszinationskraft	DOR	DF	18.4	18.1	
	DOR	CO	18.4	17.9	
	DF	CO	18.1	17.9	

Freude am Organisieren	DOR	DF	16.2	15.8	
	DOR	CO	16.2	15.4	
	DF	CO	15.8	15.4	

Geselligkeit	DOR	DF	25.9	25.2	
	DOR	CO	25.9	26.7	
	DF	CO	25.2	26.7	

Selbstsicherheit	DOR	DF	25.7	25.0	
	DOR	CO	25.7	25.7	
	DF	CO	25.0	25.7	

(Tabelle 88)

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
Anziehungskraft	DOR	DF	19.0	19.5	
	DOR	CO	19.0	19.9	
	DF	CO	19.5	19.9	

Kontaktfreude	DOR	DF	23.4	23.0	
	DOR	CO	23.4	23.5	
	DF	CO	23.0	23.5	

3. Die Gruppen und die SEK-Faktoren

In den übergreifenden Faktoren "SEK" differenzieren sich die "organischen" Kranken als erfolgsstrebender als "Gesunde". Auch bezüglich "Soziale Zurückhaltung" zeigen sie sich stärker distanziert, aber im Vergleich zu den "funktionellen" nicht so unsicher wie diese.

Insgesamt zeigen die "funktionellen" auch viel mehr Streßreaktionen als alle anderen.

(Tabelle 89)

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
S E K 1: Selbstbestimmung	DOR	DF	13.2	13.2	
	DOR	CO	13.2	12.9	
	DF	CO	13.2	12.9	

Erfolgsstreben	DOR	DF	7.8	7.7	
	DOR	CO	7.8	7.4	1,77%
	DF	CO	7.7	7.4	

Soziale Initiative	DOR	DF	19.2	18.8	
	DOR	CO	19.2	19.2	
	DF	CO	18.8	19.2	

Soziale Zurückhaltung	DOR	DF	8.6	8.7	
	DOR	CO	8.6	8.4	
	DF	CO	8.7	8.4	3.89%

(Tabelle 89)

F A K T O R	Gruppen		MW 1	MW 2	Signifikanz
StreBreaktionen	DOR	DF	15.8	16.6	1.99 %
	DOR	CO	15.8	14.3	0.00 %
	DF	CO	16.6	14.3	0.00 %

Soziale Unsicherheit	DOR	DF	12.2	12.9	1.89 %
	DOR	CO	12.2	11.8	
	DF	CO	12.9	11.8	0.07 %

4. Zusammenfassung der Gruppencharakteristika

Im folgenden werden die voran getrennt dargelegten Unterschiede übersichtlich zusammengefasst.

4.1. Die Unterschiede zwischen "organischen" und "funktionellen" Kranken

(Abbildung 55)

KRITERIEN		
D O R		D F
	°Mehr Lebensgewandtheit durch Entscheidung	
	°Mehr sympathikotonische Beschwerden	
	°Mehr Diabetis- u. Übergewichtsbeschwerden	
	°Mehr Tablettenkonsum	

PRÄDIKTOREN ("SRESS")		
D O R		D F
	°Mehr Kummer und Sorgen	
	°Mehr Muskelverspannung	
	°Mehr Wortkargheit	
	°Mehr Kontaktscheu	
	°Mehr Gehemmtheit	
	°Mehr Streßreaktionen	
	°Mehr soziale Unsicherheit	

PRÄDIKTOREN ("COPING")		
D O R		D F
	°Mehr Entspannungsfähigkeit	

4.2. Die Gruppenunterschiede zwischen "organisch" Kranken
und "Gesunden"

(Abbildung 56)

K R I T E R I E N	
D O R	C O
° Mehr Ehrgeiz bei der Arbeit	° Bessere Lebensqualität im Beruf
	° Bessere Lebensqualität in der Familie
° Mehr Lebensgewandtheit in wichtigen Situationen	
° Mehr Lebensgewandtheit durch Menschenkennt	
° Mehr Herz- und Kreislaufbeschwerden	
° Mehr Diabetis- und Übergewichtsbeschwerden	
° Mehr Tablettenkonsum	

(Abbildung 56)

PRÄDIKTOREN		
D O R	("STRESS")	C O
° Mehr Besitzstreben		° Mehr Konflikthäufigkeit
° Mehr Pessimismus		
° Mehr Erschöpfung		
° Mehr psychisch bedingte Beschwerden		
° Mehr "Nicht abschalten können"		
° Mehr Leistungseinschränkung unter Druck		
° Mehr Resignation		
° Mehr Mangel an Redegewandtheit		
° Mehr Mangel an Überzeugungskraft		
° Mehr verbale Verslossenheit		
° Mehr Wortkargheit		
° Mehr Mangel an Anziehungskraft		
° Mehr Erfolgsstreben		
° Mehr Streßreaktionen		

PRÄDIKTOREN		
D O R	("COPING")	C O
° Mehr Gewissenhaftigkeit		
° Mehr rigide Einstellung		

4.3. Die Gruppenunterschiede zwischen "funktionellen" Kranken
und "Gesunden"

(Abbildung 57)

K R I T E R I E N	
D F	C O
° Mehr Belastung unter Druck	
° Mehr Ehrgeiz bei der Arbeit	
° Mehr Selbstbelastung	
° Mehr Lebensgewandtheit in wichtigen Situationen	
° Mehr Lebensgewandtheit durch Menschenkenntnis	
° Mehr sympathikotonische Beschwerden	
° Mehr Herz- und Kreislauf- beschwerden	
° Mehr Diabetis- und Oberge- wichtsbeschwerden	
° Mehr Tablettenkonsum	

(Abbildung 57)

PRAEDIKTOREN

("STRESS")

D F

C O

- ° Mehr Besitzstreben
- ° Mehr Kummer und Sorgen
- ° Mehr Konfliktstau
- ° Mehr Pessimismus
- ° Mehr Erschöpfung
- ° Mehr psychisch bedingte Beschwerden
- ° Mehr "Nicht abschalten können"
- ° Mehr Leistungseinschränkung unter Druck
- ° Mehr Muskelverspannung
- ° Mehr Resignation
- ° Mehr Mangel an Redegewandtheit
- ° Mehr Redehemmung
- ° Mehr Unsicherheit im Gespräch
- ° Mehr Mangel an Überzeugungskraft
- ° Mehr verbale Verslossenheit
- ° Mehr Wortkargheit
- ° Mehr Kontaktscheu
- ° Mehr Mangel an Anziehungskraft
- ° Mehr Zurückgezogenheit
- ° Mehr soziale Zurückhaltung
- ° Mehr soziale Unsicherheit
- ° Mehr Streßreaktionen

PRAEDIKTOREN

("COPING")

D F

C O

- ° Mehr rigide Einstellung
- ° Mehr Entspannungsfähigkeit
- ° Mehr verbale Initiative

D. FOLGERUNGEN

1. Diskussion

Überblick

Auf der Grundlage der bereits beschriebenen Ergebnisse werden einige spezifische Aspekte nochmals aufgegriffen und in Bezug zu einer globalen Analyse dieser Untersuchung kommentiert. Wegen der Übersichtlichkeit werden sie in drei Abschnitten behandelt:

- 1) "Streß" in der brasilianischen Stichprobenpopulation
- 2) "Streß" bei kardiovaskulären Erkrankungen
- 3) Streßdimensionalisierung im STRESA-Projekt.

Anschließend folgen einige Überlegungen zur Brauchbarkeit empirisch gewonnener Daten und die Möglichkeiten ihrer therapeutischen Anwendung.

1.1. "Streß" in der brasilianischen Stichprobenpopulation

Das Bild der erfassten Population zeigt sich sehr prägnant, konsequent und logisch-konsistent. Die untersuchten Personen waren durchschnittlich 42 Jahre alt und - was typisch für das mittlere Lebensjahr ist - gaben 96% von ihnen v.a. "sehr schwer an ihrer Verantwortung zu tragen" an.

Die Verteilung ihres Ausbildungsniveaus war von dem niedrigsten Minimum, 6.Klasse, bis zum akademischen Studium hin, zwar gleichmäßig, aber - und hier liegt sehr wahrscheinlich die Erklärung für viele der festgestellten Streß- und Krankheitszustände - ihre Einkommensstufe war eben nicht dem Ausbildungsniveau entsprechend, sondern zeigte eine zweigipfelige Verteilung auf, in der die höchste Spitze sich auf der Seite der niedrigen Einkommen befindet. Ökonomisch-wirtschaftliche "Sorgen" werden hier ersichtlich, was der Realität der brasilianischen Bevölkerung zweifellos und gänzlich entspricht. Auch hier erweist sich die Stichprobe als repräsentativ.

Diese "so schwer tragenden" Menschen leben mit einer "latenten Angst" (68 %) - siehe Abschnitt 2.2.2. - und entwickeln aufgrund dessen einen stark ausgeprägten "Ehrgeiz bei der Arbeit" (Typ-A). Es ist der Versuch, durch Arbeitseifer den wirtschaftlichen Streß und ihre ungünstigen Folgen, zu bewältigen. Er ist in diesem Sinne eine Coping-Strategie. Eine verhängnisvolle Coping-Strategie, denn durch diesen Coping entsteht wiederum Streß bzw. Distreß. Den Beweis dafür liefert uns das Datenmaterial zu den "Gesundheitsproblemen".

Die statistische Auswertung erbrachte einen deutlichen korrelativen Zusammenhang zwischen ihren Ängsten, Belastungen und Lebensqualität im Beruf, und Familie. Auch nach ihren Lebensgewandtheit-Strategien gefragt, gaben so viele Teilnehmer ihre Antwort im "Ein wenig-Bereich" an, wie die anderen der

"weitgehend" und "vollkommen" - Bereichs-Antworten zusammen. - ein Hinweis darauf, wie allgemein defizitär ihre Lebensgewandtheit z.Z. der Untersuchung war.

Das Ergebnis der Streßfaktoren-Untersuchung komplementiert und bestätigt dieses Bild der Kriterien-Faktoren.

"Kummer und Sorgen" (.41), "Muskelverspannungen" (.40) waren die am stärksten mit Lebenskriteriendaten interkorrelierenden Faktoren. Diese Korrelationen erreichen bei allen Faktoren der negativen Lebensqualität und ihre entsprechenden "Lebensdaten", sowie auch innerhalb der eigenen interkorrelativen Beziehungen hohe Werte.

Es folgen ihnen "Nicht abschalten können" (.38), "Leistungseinschränkungen unter Druck" (.38) und "Erschöpfung" (.38).

Trotzdem zeigten sich die Untersuchten als "Optimisten". Im Streß-Bereich war "Pessimismus" der am niedrigsten mit Lebensdaten interkorrelierender Faktor, im Coping-Bereich hatte "Optimismus" relativ hohe Koeffizienten, u.a. in der Subskala "Lebensgewandtheit" (.46) und "Entscheidungskraft" (.43). "Selbstvertrauen" (.41). Konfliktlösungsfertigkeit (.40) und "Gewissenhaftigkeit" (.36) waren ihre stärksten Coping-Maßnahmen.

Das "soziale" Bild ihrer "Kompetenzen" bzw. "Inkompetenzen" ist dem des Streßzustandes in gewissem Maße ähnlich. Eine allgemeine "Unsicherheit" und "Gehemmtheit" breitet sich dort aus. Der Faktor "Verbale Verslossenheit" erreicht den höchsten Mittelwert innerhalb der Inkompetenz-Skalen. Er war auch der einzige Faktor, der einen positiven korrelativen Zusammenhang mit dem Faktor der Lebensgewandtheit aufwies. Dieser Versuch, durch verbale Zurückhaltung Krisen und Schwierig-

keiten im sozialen Bereich zu meistern, wird aber dann verständlicher, wenn man erfährt, daß die Teilnehmer hohe Koeffizienten in "Unsicherheit im Gespräch" hatten. Allerdings steht dieser Faktor im Verhältnis zu anderen in einer hohen positiven Beziehung mit "Belastung unter Druck" (.35), "Ehrgeiz bei der Arbeit" (.25) und Selbstbelastung (.23).

Als meist verwendete soziale Bewältigungsstrategie bzw. "soziale Kompetenz" wird "Besonnenheit" angegeben. Dabei wird auch gewisse verbale Zurückhaltung indirekt ausgeübt, - erst zuhören, überlegen und dann reagieren. Zwar gestehen sie zu, daß "Besonnenheit" bzw. "verbale Zurückhaltung" nicht ganz im Sinne der fröhlichen Lebensqualität und des tropischen Temperaments steht (negative Korrelationen zwischen "Besonnenheit" und allen Bereichen der "Lebensqualität"), aber sie sehen sie doch als effizienten Bewältigungsmechanismus bei der Lebensgewandtheit (hohe positive Korrelationen) an. "Selbstsicherheit" (.44) und "Flexibilität" (.38) wird von den Versuchspersonen sehr geschätzt.

Es ist daher nicht zu verwundern, daß eine solche Lebenssituation krank macht. Im Verhältnis zu Gesundheitsproblemen zeigten die Korrelationsmatrixen der Streß- und Inkompetenzfaktoren ein volles Muster mit ausnahmslos signifikanten positiven Korrelationen. Ähnliches beim Medikamentenkonsum.

Die am stärksten repräsentierten und mit diesen Faktoren interkorrelierenden Symptomen waren "sympathikotonische Beschwerden" und "Herz- und Kreislauferkrankungen".

Innerhalb jeder Skala beweisen die hohen Korrelationen, daß ein positiver Zusammenhang zwischen diesen Symptomen und dem Allgemeinen Streß in der untersuchten Population existiert.

Deutlicher wird dies durch die höchsten Korrelationen zwischen Symptomen und "Erschöpfung" bzw. "psychische krankheitsverursachende Faktoren".

1.2. "Streß" bei Herz- und Kreislauferkrankungen

Die vorliegenden Ergebnisse brachten einen erneuten empirischen Beweis für die schädliche Wirkung von Streß auf den Organismus und seine Partizipation an der Entstehung von kardiovaskulären Störungen.

Der unternommene Gruppenvergleich zeigt ein deutliches Bild des Streßzustandes der organisch-pathologischen und der funktionellen Herz- und Kreislauferkrankungen. Aus dem geht hervor, daß Menschen, die im hohen allgemeinen Streß leben, unvermeidlich krank werden.

Trotz aller berechtigten Bedenken, die aus bestimmten statistischen Ergebnissen erhoben werden, geben die gewonnenen Resultate Anlaß zu manchen wichtigen Überlegungen. Einige von ihnen möchte ich hier kurz noch einmal betonen:

- a) diejenigen Patienten, die sich im Vorstadium der Krankheit befanden, d.h. die nur an funktionellen kardiologischen oder zirkulatorischen Dysfunktionen litten, wiesen, im Vergleich mit denjenigen Patienten der organopathologischen Gruppe, den höchsten Grad an Streßverhalten auf. Da liegt die Hypothese nahe, daß einmal "endgültig" krank, entwickelt der Mensch einen gewissen Schonungsmechanismus in dem er selbst- oder wegen der gegebenen Beschränkungen der Erkrankung oder wegen der ärztlichen Verordnung - sein alltägliches Leben weniger streßvoll lebt. Allerdings zeigt er immer noch höheren Streßgrad als die "Gesunden".
- b) In der durchgeführten Studie wurde lediglich bei dem Faktor "Konflikthäufigkeit" eine stärkere Intensität in der Kontrollgruppe vorgefunden als in den experimentellen Gruppen.

Dies führt zu dem Schluß, daß "gesunde" Menschen vielmehr Konflikt haben, als "funktionell" oder "organisch" Kranke. Diese Konflikte werden aber von den "Gesunden" erfolgreicher

bewältigt. Zum Beweis dafür könnten auf einer Seite ihre Ausprägungen in den gesamten Copingfaktoren, auf der anderen Seite ihre Werte in dem Faktor "Konfliktstau" genommen werden.

"Funktionelle" Herzkranke gaben signifikanterweise an, weniger häufig aber mehr ungelöste Konflikte zu haben.

Davon ausgehend, daß alle Menschen, die "Kranken" und die "Gesunden" dem gleichen Streß eines Lebens in einer Großstadt ausgesetzt sind, und daß Krankheit wiederum zum Streßfaktor wird, der den Organismus und das Leben eines Menschen noch mehr Konflikte bereitet, wäre zu erwarten, daß herzkranken Menschen stärkere Konflikthäufigkeiten aufweisen würden als Gesunde. Die Analyse der Unterschiede zwischen organisch Kranken und Gesunden, sowie zwischen organisch und "funktionellen" Kranken erbrachte darüber keine statistisch signifikante Eindeutigkeit. Lediglich zwischen "funktionellen" Kranken und "Gesunden" wurde ein solcher Zusammenhang festgestellt. Daraus wird die Überlegung einer gewissen Schonhaltung der Herzkranken gegenüber dem häufigen Auftreten von Konflikten abgeleitet.

Bekanntlich versuchen Herzkranke in der Regel, sich von Ärgerissen, unnötigen Belastungen und Konflikten abzuschirmen, bzw. werden von den Verwandten davon abgeschirmt. Viele entwickeln sogar ein regelrechtes hypochondrisches Verhalten, in dem alles in Bezug zur Verschlechterung der Krankheit analysiert wird. Bezüglich der sozialen Kompetenzen wurde ein negativer Zusammenhang zwischen "Flexibilität" und Beschwerden, d.h. "Herz-Kreislauf-Beschwerden" gefunden. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, : Krankheit schränkt ein und zwingt den Menschen zu unflexiblen Haltungen.

- c) Es wurde eine starke Beziehung zwischen "Besitzstreben" und Krankheit festgestellt. Herzkranke - sowohl "organisch" als auch "funktionelle" - hatten in dem Faktor "Besitzstreben" deutlich signifikantere Ausprägungen als "Gesunde".

Auch daraus folgert die Gedanken, entweder macht Besitzstreben krank ("organisch" oder "funktionell") - die Erkrankungsgeschichte wurde allerdings hier nicht berücksichtigt - oder dieses Streben wird nach der Erkrankung als Kompensationsmechanismus zur Minderwertigkeit des Krankseins entwickelt. Sicher steht dennoch fest, daß "Besitzstreben" als Streß und daher von allen als schädigender Faktor bewertet wird, und daß er zur Aufrechterhaltung, bzw. Verschlechterung der Krankheit beiträgt. BRENGELMANN und MAKKONEN (1981) fanden auch einen positiven Zusammenhang zwischen allgemeinen psychosomatischen Syndromen - darunter viele Herzkranke - und materiellen Sorgen. Diese korrelieren wiederum mit Schlafstörungen, Verspannungen usw. positiv hoch.

Einige Detailspekte dieser Untersuchung werden hier noch kurz erwähnt.

"Belastung unter Druck" war der am stärksten mit Herz-Erkrankung korrelierende Faktor in der organisch-kranken Gruppe.

"Selbstbelastung" dagegen in der "funktionellen" Gruppe. Diese zeigen auch mehr "sympathikotonische" Beschwerden und konsumieren mehr Medikamente als "organisch" Kranke. Es wäre also nicht verwunderlich, wenn eine Analyse der Leidendhäufigkeit und der physiologischen Leidensintensität das Ergebnis erbrächte, daß "funktionelle" Kranke in der Tat mehr leiden als die "richtigen" organisch Herzkranken.

Dies kann man für Streßerleben mit gewisser Sicherheit sagen und wie einige andere STRESA-Studien, bestätigt auch die vorliegende Untersuchung dies ebenfalls. Darüberhinaus stellten wir hier fest, daß "funktionelle" Kranke im seelischen Bereich mehr leiden als "organische" und/oder Gesunde. Diese seelischen Leiden werden somatiziert und als körperliche Symptome medizinisch behandelt.

1.3. Streßdimensionalisierung im STRESA-Projekt

Die Anzahl der gewonnenen Einsichten ist sehr groß und läßt sich hier nur partiell, bruchstückhaft berücksichtigen. Generell könnte man sagen, daß die im Abschnitt 1 von Teil B angeführten Ziele größtenteils erreicht werden konnten.

Die zahlreichen Korrelations- und Faktorenanalysen konnten die früheren STRESA-Ergebnisse bestätigen und somit die angeführten Operationalisierungen und Strukturdeterminanten des Begriffs STRESS verstärken, verdeutlichen.

Die in dieser Arbeit schon mehrfach berichteten Faktoren und ihre multiplen Interkorrelationen geben einen noch prägnanteren Beweis für den überkulturellen Charakter bestimmter Streßfaktoren.

So wurden hier, wie in fast allen anderen Untersuchungen, die Typ-A- Streß- und Soziale-Kompetenz-Skalen in ihrer prädiktorischen Funktion eindrucksvoll bestätigt.

Überraschenderweise wies der Faktor "Leistungsorientierung" jedoch relativ kleine Korrelationen auf. Es wurde erwartet, daß gerade diese Streßvariable in einem Entwicklungsland wie Brasilien, ein viel stärkeres Streßgewicht bekommen würde. Auch die Copingfaktoren, u.a. die im sozialen Bereich, fallen sehr klein aus, und lassen annehmen, daß Streß erlebt wird ohne daß die Versuchspersonen selbst Bewältigungsmechanismen dagegen entwickeln. Vielleicht im Sinne der Ergebnisse von BRENGELMANN und MAKKONEN (1981), sollte der Faktor Ärgerkontrolle hier verstanden werden. Dort zeigte sie als Streßvariable keine negative Beziehung zu Angst und Belastung. In dieser Untersuchung zwar ja, aber kein negativer Zusammenhang zwischen Ärgerkontrolle und Gesprächigkeit konnte gefunden werden, sondern doch ein positiver und daraus würde man eher

schließen, daß Ärgerkontrolle zur Gestaltung bzw. Aufrechterhaltung des kommunikativen (sprachlichen) Handelns beiträgt. Dieses gilt in noch stärkerem Maße für Besonnenheit (.30). Es scheint, als ob man bei der Bemühung seinen Ärger auszudrücken im Zaum halte, ins Rationelle flüchtet - oder rationell flucht?

Dies würde den bereits hypothetisierten Zusammenhang zwischen übermäßige Ärgerkontrolle und Entstehung von Hypertonie ein Stück des Beweises liefern.

Eine solche Aussage läßt sich allerdings nur spekulativ aus den gewonnenen Ergebnissen hier ableiten.

Zwei andere Coping-Faktoren liefern in dieser Arbeit Einblick in eine interessante Beziehung: Faszinationskraft und Entspannungsfähigkeit. Beide im Dienste der Bewältigung von Streß, aber doch sehr wenig interkorrelierend miteinander. Nach ihrer korrelativen Beziehung müßte man eher davon ausgehen, daß es sehr wenig wahrscheinlich ist, daß Faszinationskraft zur Entspannungsfähigkeit beiträgt, oder umgekehrt.

Hier könnte man das Schicksal der Liebenden widerspiegeln sehen, die in der Faszination des Gefühls für einen anderen Menschen (zweifelloos ein sehr effizienter Copingfaktor) kaum zur Entspannung oder Ruhe kommen. In der Phase der Verliebtheit führt diese Faszination sogar zu Handlungsbeschränkungen, Schlafstörung, Appetitlosigkeit und pessimistischen, zweifelhaften Gedanken.

Trotz der streßvollen Situation, die durch die Verliebtheit entsteht, bleibt die Faszination als starke Anziehung zu dem geliebten Menschen, ein positiver Copingfaktor.

Diese Dimension Faszinationskraft gibt mit ihren zahlreichen konträren Korrelationen sehr viel Anlaß zu Interpretationen, dennn sie unterhält eine verstärkende Beziehung zur "Offenheit" (.30) und "Entscheidungskraft" (.24).

Mit der Sekundäranalyse der gesamten STR-SOK-Faktoren wurde ein gutes, valides Konstrukt des Begriffes STRESS erreicht, welcher beide Bereiche des Lebens und des Lebensstresses - Leistungs- und sozialer Bereich - signifikanterweise integriert: 91,7% der Interkorrelationen sind auf dem 0.001%-Niveau hoch signifikant.

2. Therapeutische Implikationen

2.1. Lernziel COPING

Bereits in dem ersten Bericht über das STRESA-Projekt erhob BRENGELMANN (1980) die Forderung, die jeweils gewonnenen diagnostischen Erkenntnisse in ein therapeutisches Verfahren zu integrieren, welches parallel durch praktische Anwendung nach seiner Effizienz untersucht werden sollte.

Bewältigung von schädigendem Streß, d.h. Distress-Coping, ist hierbei das oberste Ziel.

"Zusammenfassend kann man aus den Ergebnissen folgern, daß in der Lebensmeisterung erfolgreiche Patienten auch eine höhere Lebensqualität aufweisen !" (BRENGELMANN, KETTLER, CASPER und MÖLLER, 1983).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit kann ein guter Beweis für die Folgen des Copingmechanismus mangels für die Lebensqualität sein. Die Versuchspersonen verfügten meistens über sehr unsignifikante Copingstrategien. Dies wirkte sich sehr negativ auf ihre Gesundheit, u.a. auf ihren Herz- und Kreislaufapparat aus.

Die Mehrheit von ihnen sind sich um diesen Zusammenhang nicht ausreichend bewußt und lassen ihre Symptome medikamentös behandeln. Solche unadäquate Coping-Maßnahmen halten nicht nur ihre Erkrankungen aufrecht, sondern verstärken sie auf negative Weise noch mehr, so daß eine zukünftige Bewältigung der Symptome bzw. die Wiederherstellung des gesunden Zustandes noch unwahrscheinlicher wird.

Das Lernziel Coping müßte daher zuerst einmal an die Vermittlung der empirisch gewonnenen Zusammenhänge ansetzen.

Sie widerspiegeln interne- und persönliche Dimensionen des Menschen einer jeweiligen Population und sind daher als Vermittlungs- bzw. Interventionselemente von effizienter Anwendbarkeit.

Ein entscheidender Aspekt müßte dennoch in diesem Zusammenhang hervorgehoben werden, nämlich, die Notwendigkeit, daß die Betroffenen lernen, Zusammenhänge selbst zu erkennen und Copingstrategien selbst zu entwickeln, so wie BRENGELMANN (1980) formulierte: "daß die Bewältigung der Belastung aus der Person heraus erfolgt".

2.2. Lernziel Soziale Kompetenz

Die Bedeutung des sozialen Kontextes zur Gesundheit, zum Wohlbefinden, wie auch zur Entstehung von Krankheiten, gewinnt in der letzten Zeit mehr und mehr an Signifikanz. Soziale Kompetenzen spielen dabei eine zentrale Rolle. Die demographische Entwicklung der Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten begünstigen jedoch nicht nur die Entfaltung vieler Fähigkeiten, sondern sie wirkt auf andere Menschen auch diametral konträr, nämlich hinderlich.

NIEBEL (1981) faßt diese krankmachende Situation mit folgendem Bild zusammen:

"Die Patienten haben Ängste, geringe soziale Fertigkeiten, mangelnde Streßbewältigungsstrategien und ziehen sich zunehmend aus sozialen Kontakten und anfordernden Situationen zurück. Damit werden ihre Defizite umso größer .."

Solche soziale Distanzierung wird, nach NITSCH (1981) umso größer, je räumlich dichter die Menschen miteinander leben.

2.3. Multidisziplinäre Diagnose und Therapie

Abschließend sollte noch einmal auf die Notwendigkeit multidisziplinärer Zusammenarbeit im Bereich der Diagnostik und Therapie menschlicher Leiden betont werden.

Dies wurde von vielen Autoren ausdrücklich betont und beansprucht! CAPRA (1983) bemerkt, daß jede "rein medizinische" Diagnose bzw. Erforschung eines Phänomens einen sehr reduzierten und beschränkten Blickwinkel der Realität eines Menschen bzw. einer Krankheit eines Menschen in einem bestimmten Moment seiner Existenz ist und daher einer Verfälschung gleicht .

Die positiven Erfahrungen mit dem INCOR in Brasilien ermutigen mich, einen solchen Weg weiter zu folgen und ich bin sicher, daß die Brauchbarkeit der vorgelegten Daten dadurch überzeugend wirken, weil jeder Klient, der in die Stichprobe einbezogen wurde, zuerst von zuverlässigen Ärzten in ihrem jeweiligen Kompetenzbereich ausführlich untersucht und diagnostiziert wurden.

Das Ganzheitsmodell des Menschen bzw. der Krankheiten des Menschen, können eine solche Kooperation der Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Psychologen, sowohl in diagnostischer wie in therapeutischer Hinsicht bewirken.

Dafür macht es sich unentbehrlich, daß die jeweiligen Therapeuten bereit sind, dem Patient auch Zeit und Gehör anzubieten, daß sich der Therapeut Zeit nimmt, um die individuellen komplexen Zusammenhänge einer menschlichen Psyche zu verstehen versucht. Ansonsten bleibt der Patient ein Opfer unserer Eile und eigenem Streß. In diesem Sinne ließe sich hier der Gedanke von Karl Marx übertragen: "Time ist all. Man is nothing. He is nothing, but the carcass of time!"

LITERATUR:

- ACKERKNECHT, E.H. 1982. The history of psychosomatic medicine. Psychological Medicine, 12, 17-24
- ALEXANDER, F. 1950. Psychosomatische Medizin. Walter der Gruyter, Berlin, New York
- ALTMANN, I. 1976. Enviromental psychology and social psychology. Person. soc. Psychol. Bull. 2, 96-113
- BASTIAANS, J. 1977. Psychoanalytic Psychotherapy. In: WITTKOWER, E.D. and WARNER, H. (Hrsg.): Psychosomatic Medicine. Harpers, Raw Publishers, Hagerstown, New York
- BARETT, J.E. 1979. Streß and mental disorders. Raven, N.Y.
- BÄUERLE, S., KURY, H. 1980. Streß in der Schule: Eine experimentelle Untersuchung von 13-16jährigen Schülern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 29(2), 70-76
- BECK, A.T. 1972. Cognition, Anxiety and psychophysiological disorders. In: Anxiety, Current Trends in Theory and Research. Vol.II, ed. by SPIELBERGER, CH. D., Academic Press, N.Y.
- BERNSTEIN, B. 1972. Studien zur sprachlichen Sozialisation. Düsseldorf: Schwann-Verlag
- BERNSTEIN, B. 1972. Soziale Klasse, Sprache und Sozialisation. In: SZELL, G. (Hrsg.), 1972: Privilegierung und Nicht-Privilegierung im Bildungssystem. München, 42-63
- BIRBAUMER, N. 1977 (Hrsg.): Psychophysiologie der Angst. München: Urban und Schwarzenberg
- BORCHET, J. 1977. Über den Zusammenhang von sozialer Beliebtheit, perzipiertem Erziehverhalten und affektiven Schülermerkmalen. Heilpädagogische Forschung 7, (4), 112-120
- BRAND, R.J., ROSENMAN, R.H., SCHOLTZ, R.I., FRIEDMAN, M. 1976. Multivariate prediction of Coronary heart disease in the Western Collaborative Group. Study compared to the findings of the Framingham Study. Circulation, 53:348-355
- BRÄUTIGAM, W., CHRISTIAN, P. 1975. Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch für Studenten und Ärzte. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- BRENGELMANN, J.C. 1980. Streß und Streßtherapie: Erster Bericht über ein internationales Projekt ("STRESA"). In: BRENGELMANN, J.C.(Hrsg.): Entwicklung der Verhaltenstherapie in der Praxis. München: Röttger Verlag

- BRENGELMANN, J.C. 1981. Verhaltensmedizin steigert therapeutische Effizienz. *Psycho Essay*, in *Psycho* 7, 520-528
- BRENGELMANN, J.C., MÜLLER, G., MAASS, M., HOHENBERGER, E. 1981. Streßdiagnostik: Die innere und äußere Validität neuer Streß-Skalen. In: BRENGELMANN, J.C.: *Entwicklungen der Verhaltenstherapie in der Praxis*. München: Röttger Verlag
- BRENGELMANN, J.C., MAKKONEN, M. 1981. Korrelationen von Familienfaktoren mit Streßreaktionen und -situationen. In: BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): *Entwicklungen der Verhaltenstherapie in der Praxis*. München: Röttger Verlag
- BRENGELMANN, J.C. 1982. Streßdiagnostik - Die dimensionale Analyse und hierarchische Struktur der Belastung. *Report Psychologie* 3, 1982
- BRENGELMANN, J.C., MICHL, G. 1982. Streß, Lebenserfolg und Persönlichkeit. In: BRENGELMANN, J.C. und BÖHRINGER, G.: *Therapieforschung für die Praxis*, 3. München: Röttger Verlag
- BRENGELMANN, J.C., KETTLER, L., CASPER, S., MÜLLER, G. 1983. Struktur und Korrelate subjektiver 'Lebensmeisterung' und Aspekte der 'Lebensqualität' bei psychosomatischen Patienten. In: BRENGELMANN, J.C. und BÖHRINGER, G.: *Therapieforschung für die Praxis*, 4. München: Röttger Verlag
- BRONFENBRENNER, U. 1970. *Two worlds of childhood: US and UDSSR*. New York: Russel Sage
- BROOKS, J., MUELLER, E. 1966. Serum urate concentrations among university professors. *J.A.M.A.*, 195: 415-418
- BOHLER, H. 1971. Die Sprachbarrierentheorie von B.Bernstein - Zum Forschungsgegenstand der Soziolinguistik. *Zeitschrift für Pädagogik* 17, 417 ff.
- BURCHFIELD, S.R. 1979. The stress reponse: A new perspective. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 41, 8, December
- BURCHFIELD, S.R., HAMILTON, K.L., BANKS, K. 1982. Affiliative Needs, Interpersonal Stress and Symptomatology. *Journal of Human Stress*, March, 5-9
- BURNAM, M.A., PENNEBAKER, J.W., GLASS, D.C. 1973. Time consciousness, achievement striving, and the type A coronary-prone behavior pattern. *J. of Abnormal Psychology*, 84:76-79
- BUSSE, E.W. 1955 (Hrsg.) *Studies of processes of aging: X. The strengths and weaknesses of psychic functioning in the aged*. *Am.J.Psychiatry* 111:896
- BUTENSKY, A.V., FARALLI, V., HEEBNER, D., WALDRON, I. 1976. Elements of the coronary prone behavior pattern in children and teenagers. *J. Psychosom. Research*, 20:439-444

- CANNON, W.B. 1914. The interrelations of emotions as suggested by recent physiological researches. Amer. J. Psychology, 25, 256-282(a)
- CAPLAN, G. 1975(b). A multi-model approach to primary prevention of mental disorders in children. In: LEVI, L.(Ed.): Society, Stress and disease. Vol.2: Childhood and Adolescence. London: Oxford University Press, 405-411(b)
- CAPLAN, R.D. 1976. Occupational differences in Job demands and strain (A symposium presented at the 84th. Annual Convention of the A.P.A.). Institute for social Research Univ. Michigan
- CAPRA, F. 1983. Wende Zeit - Bausteine für ein neues Weltbild. Bern,München, Wien: Scherz Verlag
- CASPERS, S. 1981. Psychosomatische Aspekte "Sozialer Kompetenz". Unveröffentlichte Diplomarbeit in Psychologie, Universität Bonn
- COBB, S., ROSE, R. 1973. Hypertensions, peptic ulcer and diabetes mellitus. J.A.M.A. 224, 489-492
- COSTELLO, C.G. 1970. Symptoms of Psychopathology. New York: Wiley
- DAVISON, G.C., NEALE, J.M. 1979. Klinische Psychologie. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg
- DECK, K.A. 1976. Endokrinologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- DÖRNER, D. 1981. Über die Schwierigkeit menschlichen Umgangs. Psycholog. Rundschau, 32(3), 163-179
- DRESSLER, W. 1980. Coping Dispositions, social supports and Health Status. Ethos: Journal of the Society for Psychological Anthropology, Vol.8, 2
- DREVER, J., FRÜHLICH, W.D. 1971. Wörterbuch zur Psychologie. München: Dtv
- DSM II. Diagnostic and statistical Manual of mental disorders - of American psychiatric Association (keine Jahresangabe vorhanden)
- ENGELHARDT, K. 1971. Der Patient in seiner Krankheit. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- ERIKSEN, C.W. 1966. Cognitive responses to internally cued anxiety. In: SPIELBERGER, C.D. (Ed.): Anxiety and behavior. New York: Academic Press
- ERNST, H. 1981. Anmerkungen zur Replikation von M. Myrtek auf seinen Artikel "Mit Volldampf in den Herzinfarkt. In: Psychologie Heute 12/80. Myrteks-Replik-Titel: "Das Gerede vom "Streß": Eine Gefahr für die Gesundheit".In: Psychologie Heute, März 1981. Psychologie Heute 3,81,77

- EYSENCK, H.J. 1960. Handbook of abnormal Psychology. London: Pitman Medical Publishing
- FAHRENBURG, J., SELG, H. 1970. Das Freiburger Persönlichkeitsinventar. Eine Handanweisung. Göttingen: Verlag für Psychologie, Hogrefe
- FALLER, A. 1980. Der Körper des Menschen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- FELDEHEGE, F.J., KRAUTHAN, G. 1979. Verhaltenstrainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenz. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag
- FERSTL, R. 1980. Psychosomatische Störungen. In: WITTLING, W. (Hrsg.): Handbuch der Klinischen Psychologie. Band 4: Ätiologie gestörten Verhaltens. Hamburg: Hoffmann und Campe, 159-153
- FOLKMAN, S., LAZARUS, R.S. 1980. An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community sample. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 21 (September): 219-239
- FRANK, R., VAITL, D. 1981. Alexithymie: Ausgangspunkt einer differential-diagnostischen Objektivierung mit Relevanz für kognitive Verhaltenstherapieprogramme. (1) In: STUDDT, H.H. (Hrsg.): Psychosomatik in Forschung und Praxis. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg
- FRANK, R., VAITL, D. 1983. Alexithymie: Differentialdiagnostische Analyse aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In: STUDDT, H.H. (Hrsg.): Psychosomatik in Forschung und Praxis. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg
- FRANKENHAUSER, M. 1980. Psychoneuroendocrine Approaches to the study of stress-ful Person-Environment Transactions. In: SELYE, H. (Ed.): Selye's Guide to the stress Research. Vol.1, N.Y.: Van Nostrand, 46-70
- FRANKENHAUSER, M., LUNDBERG, U., FORSMAN, L. 1980. Note on arousing Type-A persons by depriving them of work. Journal of Psychosomatic Research, 24, 45-47
- FRENCH, J.R.P., RODGERS, W., COBB, S. 1974. Adjustment as person-environment fit. In: COELHO, G.V., HAMBURG, D.A., ADAMS, J.E. (Hrsg.): Coping and adaptation. N.Y.: Basic Books, 316-333
- FRICZEWSKY, F., THORBECKE, R. 1976. Arbeitssituationen und koronare Krankheiten. In: HAUG, W.F. (Hrsg.): Lohnarbeit, Staat, Gesundheitswesen (Das Argument: Argument-Sonderband 12). Berlin: Argument-Verlag, 190-220
- FRIEDBERG, C.K. 1972. Erkrankungen des Herzens, Band I und II. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- FRIEDMAN, M., ROSENMAN, R.H. 1959. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. J.A.M.A. 169:1289-1296

- FRIEDMAN, M., ROSENMAN, R.H., St.GEORGE, S. 1969. Adrenal Response to excers Corticotropin in coronary-prone men. Proceedings from the Society of Experimental Biological Medicine,131, 1305-1307
- FRIEDMAN, M., ROSENMAN, R.J. 1974. Type-A behavior and your heart. New York: Fawcett, Greenwich, Connec
- GABRIEL, W. 1981. Faktorielle Untersuchung der verbalen Aspekte der Extraversion bei psychosomatischen Patienten. Unveröffentlichte Diplomarbeit Universität München
- GLASS, D.C., SINGER, J.E. 1972. Urban Stress: Experiments on noise and social stressors. N.Y.: Academic Press
- GLASS, D.E. 1977. Behavior patterns, stress and coronary disease. American Scientist, Vol.65, March/April, 177-187
- GRAUMANN, C.F. 1974. Sprache im sozialen Kontext. In: WEINERT, F.E., GRAUMANN, C.F., HECKHAUSEN, H., HOFER, H. (Hrsg.): Pädagogische Psychologie, Bd.1, Funk-Kolleg. Frankfurt: Fischer-TB-Verlag
- GRAY, J. 1971. Angst und Stress. Entstehung und Überwindung von Neurosen und Frustrationen. München: Kindler-Verlag
- GUERRA, J., REIG, A., BRENGELMANN, J.C. 1982. Dimensionen der Persönlichkeit und des Streßverhaltens. In: BRENGELMANN, J.C. (HRSG.): Therapie-forschung in der Praxis, 3. München: Röttger Verlag
- HAAN, N. 1977. Coping and Defending: Processes of Self-environment Organization. N.Y.: Academic Press
- HABERMAS, J. 1973. Kultur und Kritik. Frankfurt/M: Suhrkamp Verlag
- HAYNES, S.G., LEVINE, S., SCOTCH, N., FEINLEIB, M., KANNEL, W.B. 1978, Teil I, 1980, Teil II. The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. I. Methode and risk factors. Americ. J. Epidemiol. 107:362
Teil II: Prevalence of coronary heart disease. Amer. J. Epidemiol. 107:384
- HAYNES, S.G., FEINLEIB, M., KANNEL, W.B. 1980. Teil III: Eight year incidence of coronary heart disease. Amer. J. Epidemiology, 111:37
- HEGGLIN, R. 1947. Die Klinik der energetisch-dynamischen Herzinsuffizienz. Basel: Karger
- HENRY, J.P. 1976. Understanding the early pathophysiology of essential hypertension. Geriatrics, 31, 59-72
- HINKLE, L.E. 1974. The concept of stress in the biological and social sciences. Intern. J. Psychiatry in Med. 5, 355-357(a)

- HOLMES, T.H., RAHE, R. 1967. The social readjustment rating scale. J. Psychosom. Research, 11:213-218
- HOLMES, T.S., HOLMES, T.H. 1970. Short-term intrusions into the life style routine. Journal of psychosomatic Research 14, 121-132
- HÖLZL, R. 1980. Funktionelle Störungen im Gastrointestinalsistem. In: BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Entwicklungen der Verhaltenstherapie in der Praxis. München: Röttger Verlag
- HOROWITZ, M.J. 1979. Psychological response to serious life events. In: HAMILTON, K., WARBURTON, D.M. (Ed.): Stress and Cognition: an Information Processing Approach. New York; Wiley, pp 237-263
- HOUSTON, K.B. 1982. Trait and Cognitive Coping Behavior. In: KROHNE, H. and LAUX, L. (Ed.): Achievement, stress and Anxiety. Washington, N.Y., London: Hemisphere Publishing Cooperation
- I C D - 8: International classification of Diseases - der WHO
- JACOBS, B., STRITTMATTER, P. 1979. Der schulängstliche Schüler. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg
- JENKINS, C.D., ROSENMAN, R., ZYZANSKI, S.J. 1974. Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary-prone behavior pattern. The New English Journal of Medicine, June 6, Vol. 290, 23, 1271-1275
- JENKINS, C.D., ZYZANSKI, S.J., ROSENMAN, R. 1978. Coronary-Prone Behavior: One pattern or several?. Psychosomatic Medicine, Vol. 40, 1, February, 25-43
- JULI, D., ENGELBRECHT-GREVE, M. 1978. Streßverhalten ändern lassen: Programm zum Abbau psychosomatischer Krankheitsrisiken. 3. Auflage. Hamburg, 1981: RoRoRo-Sachbuch, 7193, Rowohlt Verlag
- JUS, A. 1973. Social system and criteria of health as defined by the World Health Organisation. Am. Journal of Psychiatry, 130:125-131
- KANDOLF, R. 1980. Psychosomatische Reaktionen und Formen bei kardiovaskulären Erkrankungen. Unveröffentlichte Diplom-Arbeit, Universität München
- KAHN, R.L., WOLFE, D.M., QUINN, R.P., SNOEK, J.O., ROSENTHAL, R.A. 1964. Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity. New York: Wiley
- KAPLAN, N. 1979. The Role of Stress in Hypertension. Journal of Human Stress, June, 7-26
- KAPPERT, A. 1976. Lehrbuch und Atlas der Angiologie. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber Verlag
- KARASEK, R.A., RUSSELL, R.S., THEORELL, T. 1982. Physiology of Stress and Regeneration in Job related cardiovascular illness. Journal of Human Stress, 8(1), 29-37

- KENNON, T.F. 1979. Psychologic Correlats of Serum indicates of Stress in Man: A Longitudinal Study. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 41,8,December
- KETTLER, L. 1980. Aspekte internaler-externaler Kontrolle bei psychosomatischen Erkrankungen. Unveröffentlichte Diplom-Arbeit, Universität Bonn
- KIMBALL, C. 1969. Psychological responses to the experience of open heart surgery. *American Journal of Psychiatry*, 126:348-359
- KLEPZIG, H. 1982. Herz- und Gefäßkrankheiten. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- KORCHIN, S.J. 1965. Some psychological determinants of stress behavior. In: KLAUSNER, S.Z.(Ed.): *The quest for self control. Classical Philosophies and scientific Research*. N.Y.: The free Press, 247-266
- KORNITZER, M., KITTEL, F., DE BAKER, G., DRAMAIX, M. 1981. The Belgian Heart Disease prevention project: type-A Behavior pattern and the prevalence of coronary heart disease. *Psychosomatic Medicin* 43:133
- KRANTZ, D.S., SANMARCO, M.I., SILVESTER, R.H., MATTHEWS, K.A., 1979. Psychological Correlates of Progression of Artherosclerosis in Men. *Psychosomatic Medicine*, Vol.41, 6, October, 467-475
- KROHNE, H.W., LAUX, L. 1982. *Achivement, Stress and Anxiety*. Washington, N.Y., London: Hemingsphere Publishing Corporation
- KROHNE, H., ROGNER, J. 1982. Repression - Sensitization as a Central Construct in Coping Research. In: KROHNE, H. and LAUX L.(Ed.): *Achivement, Stress and Anxiety*. Washington, N.Y., London: Hemingsphere Publishing Corp. 167-193
- LACEY, J.I. 1967. Somatic response patterning and stress: some revisious of activation theory. In: APPLEY, M.H. and TRUMBULL, R. (Ed.): *Psychological stress*. N.Y.: Appleton-Century-Crofts, 14-37
- LACHMANN, S.S. 1972. *Psychosomatic Disorders. A Behavioristic Interpretation*. New York: Wiley
- LADER, M.H., WING, L. 1964. Habituation of the psychogalvanic reflex in Patients with anxiety states and in normal subjects. *Journal of Neurology, Neuromagery, Psychiatry*, 27, 210-218
- LANGER, I., RIECKHOF, A., STEINBACH, T., TAUSCH, A.M. 1973. Mutter-Kind-Interaktionen in außerhäuslichen Situationen. *Psychologie in Erziehung und Unterricht*, 20, 361-376
- LARBIG, W., BIRBAUMER, N. 1980. Angst. In: WITTLING, W. (Hrsg.): *Handbuch der Klinischen Psychologie*, Bd.4: *Ätiologie des gestörten Verhaltens*. Hamburg: Hoffmann und Campe, 182-143

- LAUX, L., VOSSEL, G. 1982. Theoretical and Methodological Issues in Achievement-related Stress and Anxiety Research. In: KRÖHNE, H. und LAUX, L.(Ed.): Achievement, Stress and Anxiety. Washington, N.Y., London: Hemisphere Publishing Coop., 3-15
- LAZARUS, R.S., DEESE, J., OSLER, S.F. 1952. The effects of psychological stress upon performance. Psychol. Bulletin, 49, 293-317
- LAZARUS, R.S. 1966. Psychological Stress and the Coping Process. N.Y.: McGraw Hill
- LAZARUS, R.S. 1967. Stress theory and psychophysiological research. In: LEVI, L.(Ed.): Emotional Stress. Basel: Karger, 152-177
- LAZARUS, R.S. 1968. Emotions and adaptation: Conceptual and empirical relations. In: ARNOLD, W.J. (Ed.): Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln: Univ. Nebraska Press, 16, 175-266
- LAZARUS, R.S., AVERILL, J.R., OPTON, E.M.J.R. 1970. Toward a cognitive theory of emotion. In: ARNOLD, M.(Ed.): Feelings and emotions. N.Y.: Academic Press, 207-232
- LAZARUS, R.S., AVERILL, J.R. 1972. Emotion and Cognitions: with special references to anxiety. In: SPIELBERGER, C.D.(Hrsg.): Anxiety. Current trends in theory and research.Bd.2. N.Y., London: Academic Press, 242-284
- LAZARUS, R.S. 1978. A strategy for Research on Psychological and Social factors in Hypertension. Journal of Human Stress, September, 35-40
- LAZARUS, R.S., LAUNIER, R. 1978. Stress-related transactions between person and environment. In: PERVIN, L. and LEWIS, M.(Eds.): Perspectives in interactional psychology. New York: Plenum
- LAZARUS, R.S., LAUNIER, R. 1981. Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: NITSCH, J. (Hrsg.): Stress. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber Verlag
- LAZARUS, R.S. 1982. Der kleine tägliche Ärger, der krank macht. Psychologie Heute, März, 46-49
- LEGEWIE, H., EHLERS, W. 1978. Knauer's Moderne Psychologie. Droemersch Verlagsanstalt
- LEVI, L. 1967. Emotional Stress: Physiological and psychological reactions, medical, industrial and military implications. Stockholm: Försvarsmedicin, 3, Suppl. 2. Basel: Karger. N.Y.: American Elsevier
- LEVI, L. 1972. Methodological considerations in psychoendocrine research. In: LEVI, L. (Ed.): Stress and Distress in response to psychosocial stimuli. Oxford: Pergamon Press, 1972/2, 28-54(e)

- LEVI, L. (Ed.) 1972 (a). Stress and distress in response to psychological stimuli. Oxford: Pergamon Press
- LEVI, L., ANDERSSON, L. 1975. Psychosocial stress: Population, environment and quality of life. N.Y.: Spectrum Publishers
- LEVI, L. (Ed.) 1975. Society, stress and disease. Vol.2: Childhood and Adolescence, London: Oxford University Press
- LEVI, L. 1981. Psychosoziale Reize, psychophysiologische Reaktionen und Krankheit. In: NITSCH, J. (Hrsg.): Stress. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber
- LEWIS, A. 1953. Health is a social concept. British Journal of Sociology, 4: 109-124
- LIENERT, G.A. 1961. Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz-Verlag
- LINDEN, W., FEUERSTEIN, M. 1981. Essential Hypertension and Social Coping Behavior. Journal of Human Stress, March, 28-34
- LIPOWSKY, J.T. 1970. Physical Illness, the individual and the coping processes. Psychiatr. in Med. 1, 91-102
- LOTZ, G. 1983. Streß, Bewältigung und soziale Kompetenz bei Schülern: Korrelation von Schulfaktoren mit Streßverhalten. Dissertation, Universität München
- LUMSDEN, D. 1975. Towards a system model of stress: feedback from an anthropological study of the impact of Ghana's Volta river project. In: SARASON, I.G. und SPIELBERGER, CH.D.(Eds.): Stress and Anxiety. Vol.2, N.Y.: Wiley
- LUNDBERG, U. 1982. Psychophysiological Aspects of Performance and Adjustment to Stress. In: KROHNE, H.W. und LAUX, L.: Achievement, Stress and Anxiety. Washington, N.Y., London: Hemisphere Publishing Co.
- MACRUZ, R., VASCONCELLOS, E. 1982. Stress e Cardiopatias. Revista Brasileira de Medicina - Cardiologia - 3, Outubro, 156-160
- MAKKONEN, M. 1979(a). Reaktion auf Leistungsstress (Unveröffentlichtes Manuskript). Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abteilung, München
- MAKKONEN, M. 1979(b). Emotionale Belastungsreaktionen: Stress in der Familie. Unveröffentlichtes Manuskript, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abteilung, München
- MARGETTS, E.L. 1975. Stress, homeostasis and the human ecological continuum in time - some implications for psychiatry. In: LEVI, L. (Ed.): Society, Stress and Diseases. Vol.2: Childhood and Adolescence. London: Oxford University Press, 78-89

- MARTY, P., DE M'UZAN, M., DAVID, C. 1963. L'investigation psychosomatique. P.V.F. Paris
- MASON, J.W. 1971. A re-evaluation of the concept of nonspecificity in stress theory. J. Psychiat. Research 8, 323-333
- MASON, J.W. 1975. A historical view of the stress field. Part II. Journal of Human Stress, 1, 22-36
- MATIC, M. 1983. Streß und Bewältigung bei Herz- und Kreislauferkrankungen. Unveröffentlichtes Mansuskript - Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abteilung, München
- MATTHEWS, K.A., KRANTZ, D.S. 1976. Resemblance of twins and their parents in Pattern A behavior. Psychosomatic Medicine, 38: 140-144
- MAUSNER, B. 1973. An ecological view of cigarette smoking. Journal of Abnormal Psychology, 81: 115-126
- MAXKORS, R., MÜLLER-FAHLBUSCH, H. 1981. Zur Diagnose psychosomatischer Störungen in der zahnärztlichen Praxis. Deutsche zahnärztliche Zeitschrift, 36: 787-1981
- MAYOU, R., FOSTER, A., WILLIAMSON, B. 1978. Psychosocial Adjustment in Patients one year after myocardial infarction. Journal of Psychosomatic Research, 21, 447-455
- MC CLELLAND, D.C. 1979. Inhibited Power Motivation and High Blood Pressure in Men. Journal of Abnormal Psychology, Vol.88, 182-190
- MCGRATH, J.E. 1970(b). A conceptual formulation for research on stress. In: MCGRATH, J.E. (Ed.): Social and psychological factors in Stress. N.Y.: Holt, Rinehart, Winston 10-21
- MCGRATH, J.E. 1976. Stress and behavior in Organization. In: DUNETTE, M.D. (Ed.): Handbook of industrial and organizational psychology. Chicago: Rand McNally, 1351-1395
- MC MICHAEL, A.J. 1978. Personality and situational modifiers of work stressors. In: COOPER, C.L. and PAYNE, R. (Eds.): Stress at work. N.Y.: Wiley, 127-148
- MECHANIC, D. 1970. Some problems in developing a social psychology of adaptation to stress. In: MCGRATH, J.E. (Ed.): Social and psychological factors in Stress. N.Y.: Holt, Rinehart, Winston, 104-123 (a)
- MEESSEN, H., POCHE, R. 1963. Störungen des Stoffwechsels des Myokards. In: BARGMANN, W. und DOERR, W.: Das Herz des Menschen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 666
- MEICHENBAUM, D., CAMERON, R. 1977. Stress inoculation: A skills training approach to anxiety management. Unpublished manuscript, University of Waterloo, 1973 - beschrieben in: KANFER, F.H. und GOLDSTEIN, A.P.: Möglichkeiten der Verhaltensänderung. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg

- MEICHENBAUM, D. 1979. Kognitive Verhaltensmodifikation. München: Urban und Schwarzenberg
- MEICHENBAUM, D., TURK, D. 1982. Stress, Coping and Disease: A cognitive Behavioral Perspective. In: NEUFELD, R.W.S. (Ed.): Psychological Stress and Psychopathology. N.Y.: Academic Press
- MICHL, G. 1979. Reaktionen auf Belastung und Persönlichkeit. Unveröffentl. Diplom-Arbeit, Universität München
- MIKHAIL, A. 1981. Stress: a psychophysiological conception. Journal of Human Stress. June, 9-15
- MILLER, I.G. 1965. Living Systems. Behavior Sciences, 10, 193, 337
- MISCHEL, W. 1968. Personality and assessment. N.Y.: Wiley
- MISCHEL, W. 1971. Introduction for personality. N.Y.: Holt, Rinehart and Winston
- MOOS, R. 1973. Conceptualizations of Human Enviroments. American Psychologist, 28, 652-665
- MOOS, R. 1977. Coping with Physical Illness. N.Y.: Plenum Press
- MOOS, R. 1977. A social ecological Perspective on medical disorders. In: WITTKOWER, E.D. and WARNER, H.: Psychosomatic Medicine. Hagerstown, Maryland, N.Y., San Francisco, London: Harper, Row Publishers
- MÜLLER, W., PERINI, CH., BATTEGAY, R., LABHARDT, F. 1976. Die generalisierte Tendomyopathie. In: Internistische Welt. Stuttgart, N.Y.: F.K.Schattauer-Verlag
- MYERS, J., BEAN, L. 1968. A Decade later: A Folooow-up of Social class and Mental Illness. N.Y.: Wiley
- MYRTECK, M. 1981. Das Gerebe vom "Streß": Eine Gefahr für die Gesundheit. Replik auf den Artikel "Mit Volldampf in den Herzinfarkt von Heiko Ernst (Psychologie Heute 12780). Psychologie Heute, März 81, 76-77
- NIEBEL, G. 1981. Diagnostik und Therapie von Verhaltensproblemen bei psychosomatischen Patienten. In: BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Entwicklungen der Verhaltenstherapie in der Praxis. München: Röttger Verlag
- NITSCH, J.R., ALLMER, H. 1979. Naive psychoregulative Techniken der Selbstbeeinflussung im Sport. Sportwissenschaft, 9, 143-163
- NITSCH, J., HACKFORT, D. 1979. Naive Techniken der Psychoregulation im Sport. In: GABLER, H., EBERSPÄCHER, H., HAHN, E., KERN, J. SCHILLING, G. (Hrsg.): Praxis der Psychologie im Leistungssport. Berlin: Bartels und Wernitz, 299-311

- NITSCH, J.R. 1981(Hrsg.). Streß - Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber
- NITSCH, J., HACKFORT, 1981. Streß in Schule und Hochschule - eine handlungspsychologische Funktionsanalyse. In: NITSCH, J.(Hrsg.): Stress. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber
- OI, M., TORIUMUI, T., MITTO, O., KIJIMA, M. 1971. Location of experimental ulcers as compared with that of human peptic ulcer. In: PFEIFFER, C.J.(Ed.): Peptic ulcer. Kopenhagen: Munkergaard, 244-259
- ORGAN, D.W. 1975. Effects of pressure and individual neuroticism on emotional responses to task-role ambiguity. J. Appl. Psychology, 60, 397-400
- PANCHERI, P., BELLATERRA, M., MATTEOZI, S., POLIZZI, C., PULETTI, M., 1978. Infarct as a Stress Agent: Life History and Personality characteristics in Improved versus Not-Improved Patients after Severe Heart Attack. J. of Human Stress, March, 16-42
- PATANJALI, 1966. Yogasuta. In: SWAMI Vive Kanada (ed.) Raja Yoga, Calcutta. Advaita Ashrama, 123-286. Zitiert in: VATTIA, N.S., DONGAJI, D.R. Yoga. In: WITTKOWER, E.D. and WARNERS, H.: Psychosomatic Medicine. Harper v. Row Publishers.
- PAWLIK, K. 1981. Wechselwirkung. In: SCHIEFELE, H. und KRAPP, A. (Hrsg.): Handlexikon zur pädagogischen Psychologie. München: Ehrenwirth, 414-417
- PEARLIN, L., SCHOOLER, C. 1978. The structure of Coping. Journal of Health and Social Behavior, 18, 2-21
- PEPITONE, A. 1967. Self, social environment, and stress. In: APPLE'Y, M.H. and TRUMBELL, R. (Eds.): Psychological stress. Issues in Research. N.Y.: Appl. Century-Crofts, 182-189
- RAAB, W. 1970. Preventive Myocardiology. Fundamentals and Targets. C.C. Thomas, Springfield, Ill.
- RAY, C., LINDOP, J., GIBSON, S. 1982. The concept of Coping. Psychological Medicine, 12, 385-395
- REIG, A., GUERRA, J., BRENGELMANN, J.C. 1982. Die dimensionale Analyse des Verhaltens. In: BRENGELMANN, J.C. und BOHRINGER, G.(Hrsg.): Therapie-forschung für die Praxis, 3. München: Röttger Verlag
- ROSENMAN, R.H., FRIEDMAN, M., STRAUSS, R. 1964. A predictive study of coronary heart disease: The Western Collaborative Group Study. J.A.M.A. 189: 15-22
- ROSENMAN, R.H., BRAND, R.J., JENKINS, C.D., FRIEDMAN, M. STRAUSS, R., WURM, M. 1975. Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8.5 years. J.A.M.A. 233: 872-877

- ROSENMAN, R.H., BRAND, R.J., SHOLTZ, R.I., FRIEDMAN, M. 1976. Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in the Western Collaborative Group Study. *American Journal of Cardiology*, 37, 903
- ROSKAM, H., REINDL, H. 1982. Herzkrankheiten. Pathophysiologie, Diagnostik, Therapie. Heidelberg: Springer Verlag
- ROSKIES, E., LAZARUS, R.S. 1982. Coping theory and the teaching of coping skills. In: DAVIDSON, P. (Ed.): *Behavioral Medicine: Changing health life styles*. N.Y.: Brunner und Mazel
- ROTTER, J.B. 1966. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: *Psychological Monographs*, 80
- SAALFELD, G. 1980. Messung und Klassifikation gestörter Verhaltensweisen bei ängstlichen Patienten und deren therapeutische Korrelate. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Osnabrück
- SALTER, A. 1949. *Condestioned Reflex Therapy*. N.Y.: Capricorn
- SALTZ, E. 1970. Manifest Anxiety: Have we misread the data? *Psychological Review*, 77, 568-573
- SARASON, I.G. 1975. Anxiety and self-preoccupation. In: SARASON, I.G. und SPIELBERGER, C.D. (Ed.): *Stress and Anxiety*. Vol.2. Washington: D.C. Hemisphere
- SEDLIMAYR, E., 1969. Leistungseffekte der Motivation und Angst. Unveröffentl. Diplomarbeit, Universität München
- SELG, H., BAUER, W. 1971. *Forschungsmethoden der Psychologie*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer Verlag
- SELIGMAN, M.E.P. 1975. *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: W.H.Freeman
- SELYE, H., MCKEOWN, T. 1935. Studies on the physiology of the maternal placenta in the rat. *Proc. Roy. Soc., London, series B*. 119:1
- SELYE, H. 1936, 1945. A Syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, July, 4
- SELYE, H. 1937. Studies on adaptation. *Endocrinology*, 21, 169-188
- SELYE, H. 1940. The Alarm Reaction In: PIERSOL, G.M. and BORTZ, E.L.: *The Cyclopedia of Medicine, Surgery and Specialities*. Vol.15, 15-38
- SELYE, H. 1946. The General Adaptations Syndrome and the disease of adaptation. *Journal of clinical endocrinology* 6, 117-230

- SELYE, H. 1950. Stress - The Physiology and Pathology of Exposure to Stress. Acta Inc. Med. Publishers ,Montreal
- SELYE, H. 1953. Einführung in die Lehre vom Adaptationssyndrom. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- SELYE, H. 1974. Streß - Bewältigung und Lebensgewinn. München: Verlag R. Piper
- SELYE, H. 1974. Stress without distress. Philadelphia: Lippincott
- SELYE, H. 1975. Stress without Distress. N.Y.: Food and Health,10
- SELYE, H. 1976. The stress of life. N.Y.: McGraw Hill
- SELYE, H. 1976. Streß in Health and Disease. Boston: Butterworth Publishers Inc.
- SELYE, H. 1977. Stress - Lebensregeln vom Entdecker des Stress-Syndroms. RoRoRo-Sachbuch,7072. Reinbek: Rowohlt TB Verlag
- SHAPIRO, A.P., CHAIRMAN, M.D., BENSON, H., CHOBAINMAN, A.V., HERD, A.J., JULIUS, S., KAPLAN, N., LAZARUS, R.S., OSTFELD, A.M., SYME, L.S. 1979. The Role of Stress in Hypertension. Journal of Human Stress, June, 7-26
- SIEGERIST, H. 1951. History of Medicine. Vol.1, London: Oxford University Press
- SILBERNAGL, S., DESPOPOULOS, A. 1979. Taschenatlas der Physiologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- SIMEONS, A.T.W. 1961. Man's Presumptions brain: An evolutionary interpretation of psychosomatic disease. N.Y.: Dutton
- SIPPEL, K. 1983. Streß, Bewältigung und soziale Kompetenz. Unveröffentlichtes Manuskript, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abtlg., München
- SLATER, E. 1946. The neurotic constitution. Journal of neurology and Psychiatry, 6,1-16
- SPIELBERGER, C.D., GORSUCH, R.L., LUSHENE, R.E. 1970. Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, California
- SCHAEFER, H., BLOHMKE, M. 1977. Herzkrank durch psychosozialen Streß. Heidelberg: Hüthig
- SCHAEFFER, M. 1982. Life after Stress. N.Y.: Plenum Press
- SCHMIDT, T.H. 1983. Das Typ-A-Verhalten als Risikofaktor der koronaren Herzkrankheit. In: STUDDT, H.H.: Psychosomatik in Forschung und Praxis. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg

- SCHMIDT, T.H., UNDEUTSCH, K., DEMBROSKI, T.M., HAHN, R., LANGOSCH, W., NEUS, H., RÖDDEL, H. 1982. Kardiovaskuläre Risikofaktoren und Typ-A-Verhalten. Verh. deutsch. Ges. inn. Med. 88:1204
- SCHÖNPFUG, W. 1979. Regulation und Fehlregulation im Verhalten, I: Verhaltensstruktur, Effizienz und Belastung - Theoretische Grundlagen eines Untersuchungsprogramms. Psychol. Beiträge, 21, 174-202
- SCHUBÖ, W., GAENSSLEN, H. 1973. Einfache und komplexe statistische Analyse. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- SCHWARTZ, R., GOTTMANN, J. 1976. Toward a task analysis of assertive behavior. Journal of consulting and clinical Psychology, 44, 910-920
- SCHWARTZ, G.E., WEINBERGER, D.A., SINGER, J.A. 1981. Cardiovascular Differentiation of Happiness, Sadness, Anger and Fear Following Imagery and Exercise. Psychosomatic Medicine, Vol. 43, 4, August, 343-364
- STEPHANOS, S. 1979. Das Konzept der "pensee operateire" und "das psychosomatische Phänomen". In: UEXKULL, TH.: Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. München: Urban und Schwarzenberg, 217-241
- STEVENSON, I.P., DUNCAN, C.H., RYPLEY, H.S. 1951. Variations in the electrocardiogram with changes in emotional states. Geriatrics 6: 164
- STUDT, H.H. (Hrsg.) 1983. Psychosomatik in Forschung und Praxis. München: Urban und Schwarzenberg
- SULS, J., BECKER, M., MULLEN, B. 1981. Coronary-prone Behavior, Social Insecurity, and Stress among Colleg-Aged Adults. Journal of Human Stress, September, 27-34
- SZMUILOWICZ, J., FLANNERY, J.G. 1980. Mitral valve prolapse Syndrome and psychological disturbance. Psychosomatics, May, Vol. 21, 5, 419-421
- THEORELL, T., RAHE, R.H. 1975. Life change events, ballistocardiography and coronary death. Journal of Human Stress, 1, 18-24
- TSCHAKERT, R. 1981. Zur stressmodifizierenden Bedeutung der sozialen Situation. In: NITSCH, J. (Hrsg.): Stress. Wien, Stuttgart, Baltimore: Hans Huber Verlag
- TUNNER, W. 1975. Tierexperimentelle Untersuchungen und theoretische Überlegungen zur systematischen Desensibilisierung. In: FLORIN, I. und TUNNER, W. (Hrsg.): Therapie der Angst. Fortschritte der Klinischen Psychologie, Bd. 8. München: Urban und Schwarzenberg
- TURNER, R.C. 1981. Social Support as a contingency in Psychological Well-Being. Journal of Health and Social Behavior, Vol. 12, December, 357-367

- TYPALDOU, E. 1983. Streßreaktionen und Bewältigung bei psychiatrischen Patienten. Unveröffentlichtes Manuskript, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abtlg., München
- UEXKÜLL, TH.v. 1963. Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Reinbek: Rowohlt Verlag
- UEXKÜLL, TH.v. 1979. Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg
- UEXKÜLL, TH.v., WESIACK, W. 1979. Psychosomatische Medizin und das Problem einer Theorie der Heilkunde. In: UEXKÜLL, TH.v. (Hrsg.): Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 7-21
- ULLRICH DE MUYNCK, R., ULLRICH, D. 1976. Einübung von Selbstvertrauen und soziale Kompetenz, Teil III. München: Pfeiffer Verlag
- ULLRICH, R., ULLRICH DE MUYNCK, R. 1978. Soziale Kompetenz, Bd.I. Experimentelle Ergebnisse zum Assertivness-Trainings-Programm -ATP-. Meßmittel und Grundlagen. München: Pfeiffer Verlag
- ULLRICH DE MUYNCK, R., ULLRICH, R. 1978. Das Assertivness-Programm ATP: Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz, Teil I. Bedingungen und Formen sozialer Schwierigkeiten. München: Pfeiffer Verlag
- VAHIA, N.S., DINSHAW, R., DOONGASTI 1977. Yoga. In: WITTKOWER, E.D., WARNERS, H. (Eds.): Psychosomatic Medicine - the clinical Applications. Harper and Row Publishers, Hagerstown, Maryland, N.Y.
- VALEK, J., KUHN, E. 1970. Stress-induced changes of carbohydrate and lipid metabolism in coronary heart disease (CHO). In: Recent Research in Psychosomatics. Ed.: R.A. PIERLOOT. Basel: Karger
- VASCONCELLOS, E. 1980. Die Wahrnehmungsfähigkeit für die Herzaktivität. Unveröffentl. Diplom-Arbeit, Universität München
- VASCONCELLOS, E., MACRUZ, R. 1982. Stress e Cardiopatas. Revista Brasileira de Medicina - Cardiologia - Ano1,3, Outubro, 156-160
- VESTER, F. 1975. Denken, Lernen, Vergessen. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt
- VESTER, F. 1976. Phänomen Streß. Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt
- VICKERS, G. 1968. The concept of stress in relation to the disorganization of human behavior. In: BUCKLEY, W. (Ed): Modern Systems research for the behavioral scientist. Chicago: Aldine, 354-358
- VICKERS, R.R.J.R., HERVIG, L.K., RAHE, R., ROSENMAN, R.H. 1981. Type-A Behavior Pattern and Coping and Defense. Psychosomatic Medicine, Vol143, No.5, October, 381-396

- VINEY, L.L., WESTBROOK, M.T. 1982. Coping with chronic illness: the mediating Role of biographic and illness-related factors. *Journal of psychosomatic Research*, Vol.26,6,595-605
- WEISS, J.M. 1972. Psychological factors on stress and disease. *Scientific American*, Vol.226,6,104-112
- WHO -World Health Organization. 1948. WHO-Report I - 1947-1948, 1-2
- WHO - World Health Organization. 1971. Society, Stress and Disease. *WHO-Chronicle*, 25, 168-179
- WINE, J.W., SMYE, M.D. 1981. Social Competence. N.Y., London: The Guilford Press
- WITTGENSTEIN, L. 1967. Philosophische Untersuchungen. Frankfurt
- WITTKOWER, E.D., WARNES, H. 1977. Psychosomatic Medicine - Its clinical Applications. N.Y.: Harper and Row Publishers
- WOLF, S., GOODELL, H. (Eds.) 1968. Harold G. Wolff's Stress and disease. Springfield, Ill.: Thomas (1968a)
- WOLFF, H.G., WOLF, S.G., HARE, C.C. (Eds.) 1950. Life Stress and bodily disease. Baltimore: Williams and Wilkins
- WOLF, S., CARDON, P.V., SHEPARD, E.M., WOLFF, H.G. 1955. Life Stress and Essential Hypertension. Baltimore: Williams and Wilkins
- ZIMMER, D. 1978. Die Entwicklung des Begriffs Selbstsicherheit und soziale Kompetenz in der Verhaltenstherapie. In: ULLRICH, R., ULLRICH DE MUYNCK, (Hrsg.): Soziale Kompetenz, Bd.I. München: Pfeiffer, 469-482
- ZIMMER, D. 1978. Der Begriff der "sozialen Kompetenz" und seine Bedeutung für die klinische Verhaltensmodifikation. Soziologische und klinische Aspekte. In: ULLRICH, R. u. ULLRICH DE MUYNCK (Hrsg.): Soziale Kompetenz, Bd.I. München: Pfeiffer, 483-503
- YERKES, R.M., DODSON, J.D. 1908. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *J. comp. neurol. Psychol.* 18, 459-482

A N H A N G

FAKTOR 1: "BELASTUNG UNTER DRUCK"

Ladung

15.	Ich bin immer in Eile, wenn ich Dinge erledigen muß	.710
19.	Ich achte darauf, daß meine Aufgaben stets schnell erledigt werden	.705
20.	Auch in der Freizeit denke ich häufig an die Aufgaben, die noch zu erledigen sind	.687
16.	Solange nicht alle Aufgaben erledigt sind, kann ich mich nicht richtig entspannen	.638
18.	Ich bin angespannt, wenn ich mehrere Sachen zur selben Zeit tun muß	.594

FAKTOR 2: "EHRGEIZ BEI DER ARBEIT"

1.	Ich stehe häufig unter Zeitdruck	-.753
9.	Ich lade mir häufig zu viele Sachen auf	-.707
6.	Manche Lebensaufgaben belasten mich sehr	-.706
13.	Ich habe häufig das Gefühl, daß die Zeit drängt	-.572
7.	Belastung regt mich auf	-.486

FAKTOR 3: "SELBSTBELASTUNG"

17.	Ich schaffe mehr als die andere Leute ..	.783
14.	Ich bin in der Arbeit genauer als andere	.735
12.	Es regt mich auf, wenn ich in einem Büro oder Geschäft lange warten muß	.618
11.	Es ärgert mich, wenn faule Leute die Arbeit verzögern	.515
10.	Wenn jemand in Rede oder Tat nicht vorankommt, unterbreche ich ihn und helfe nach	.513

Lebensqualität

<u>Faktor 1: BERUF</u>	<u>Ladung</u>	<u>h²</u>
ängstlich	.675	.669
belastet	.493	.436
eingeschränkt	.769	.702
traurig	.657	.756
freudlos	-.526	.660
einsatzfähig	.805	.737
glücklich	.433	.684
freudvoll	.658	.737
 <u>Faktor 2: FAMILIE</u>		
ängstlich	.630	.540
belastet	.562	.645
eingeschränkt	.797	.748
traurig	.789	.778
freudlos	.526	.660
einsatzfähig	.835	.791
glücklich	.724	.695
freudvoll	.787	.664
 <u>Faktor 3: BEI ANDEREN AKTIVITÄTEN</u>		
ängstlich	.797	.715
belastet	.638	.590
eingeschränkt	.657	.590
traurig	.779	.690
freudlos	.665	.645
einsatzfähig	.747	.678
glücklich	.709	.617
freudvoll	.787	.664

LEBENSGEWANDTHEIT IN WICHTIGEN SITUATIONEN

	<u>Ladung</u>	<u>h^2</u>
15 Ich untersuche eine Situation zuerst genau, anstatt emotionell zu reagieren	-.683	.549
21 Wenn mich ein Weg im Leben nicht weiter bringt, stelle ich mich rechtzeitig auf einen besseren um	-.619	.541
23 Ich weiß, wie ich andere Leute zu nehmen habe	-.572	.433
13 Ich schätze meine Lebenssituation in der Regel richtig ein	-.539	.488

LEBENSGEWANDTHEIT DURCH FLEXIBILITÄT

9 Ich kann mich auf wechselnde Situationen sofort richtig einstellen	.745	.640
11 Ich passe mich wechselnden Situationen flexibel an	.741	.668
7 Ich meistere in Ruhe und Gelassenheit selbst schwierige Situationen	.601	.576
6 Bei Lagebesprechungen finde ich mich schnell zurecht	.562	.509
5 Ich handle situationsangepasst und sicher	.444	.556

LEBENSGEWANDTHEIT DURCH ENTSCHEIDUNG

	<u>Ladung</u>	<u>h²</u>
3 Ich erkenne die Absichten der Menschen meist besser als es andere tun	-.819	.692
4 Ich kombiniere schnell und gut von einigen Voraussetzungen auf die Folgerungen	-.684	.598
8 Ich erfasse die mitmenschlichen Probleme meist genau	-.655	.560

LEBENSGEWANDTHEIT DURCH MENSCHENKENNTNIS

20 Ich bringe allen Menschen volles Vertrauen entgegen, solange sie sich angemessen benehmen	-.676	.592
19 Ich reagiere mit guter Einfühlung auf andere Menschen, die untereinander Schwierigkeiten haben	-.633	.506
18 Ich tadle und lobe meine Bekannten so wie es richtig ist	-.531	.473
16 Es fällt mir nicht schwer, die Leistungen anderer Leute richtig zu bewerten	-.474	.420
17 Sobald ich eine Situation richtig erkannt habe, handle ich richtig und konsequent	-.467	.498

Persönliche Angaben

- Bitte vollständig beantworten -

1. Alter (Jahre): 10-11

2. Geschlecht: männlich ☐
 weiblich ☐

3. Größe (cm):

4. Gewicht (kg):

5. Schulabschluß:

6. Zuletzt ausgeübter Beruf:

Kein Schulabschluß ☐
 Volksschulabschluß ☐
 Zusätzliche Berufsausbildung ☐
 Gymnasium begonnen ☐
 Gymnasium abgeschlossen ☐
 Matur-Abschluß ☐
 Akad. Studium begonnen ☐
 Akad. Studium abgeschlossen ☐

Arbeiter ☐
 Facharbeiter ☐
 Angestellter ☐
 Beamter ☐
 Freier Beruf ☐
 Rentner ☐
 Hausfrau ☐

7. Arbeitszeit pro Woche:

8. Jetziges Nettoeinkommen

(offiziell und persönlich
zusammen)

pro Monat des Familienoberhauptes:

unter 40 Stunden ☐
 40 - 50 Std. ☐
 51 - 60 Std. ☐
 61 - 70 Std. ☐
 über 70 Std. ☐

Erheblich unter dem
Durchschnitt (unter DM 1000.--) ☐
 Etwas unter dem Durch-
schnitt (bis DM 1800.--) ☐
 Durchschnittlich (bis DM 2500) ☐
 Etwas über dem Durch-
schnitt (bis DM 3500.--) ☐
 Erheblich über dem Durch-
schnitt (über DM 3500.--) ☐

9. Wieviel eigene Initiative können
Sie einsetzen

	Arbeit	im Leben
keine	☐	☐
geringe	☐	☐
mäßig viel	☐	☐
viel	☐	☐
sehr viel	☐	☐

10. Wieviel Freiheit haben Sie

	Arbeit	im Leben
keine	☐	☐
geringe	☐	☐
mäßig viel	☐	☐
viel	☐	☐
sehr viel	☐	☐

Kriterien 2

Belastung (Typ A)

- bitte vollständig beantworten -

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Ich stehe häufig unter Zeitdruck	☐	☐	☐	☐
2. Ich stehe morgens früher auf als andere Leute (unter vergleichbaren Umständen)	☐	☐	☐	☐
3. Es ärgert mich, wenn mein Partner mich lange warten läßt	☐	☐	☐	☐
Ich mache die Arbeit lieber selbst, wenn andere zu lang-	☐	☐	☐	☐
sam sind	☐	☐	☐	☐
Ich trage ziemlich schwer an meiner Verantwortung	☐	☐	☐	☐
Viele Lebensaufgaben belasten mich sehr	☐	☐	☐	☐
Die Belastung regt mich auf	☐	☐	☐	☐
Ich bin sehr ehrgeizig	☐	☐	☐	☐
9. Ich lade mir häufig zu viele Sachen auf	☐	☐	☐	☐
10. Wenn jemand in Rede oder Tat nicht vorankommt, unterbreche	☐	☐	☐	☐
ich ihn und helfe nach	☐	☐	☐	☐
11. Es ärgert mich, wenn faule Leute die Arbeit verzögern ..	☐	☐	☐	☐
12. Es regt mich auf, wenn ich in einem Büro oder Geschäft	☐	☐	☐	☐
lange warten muß	☐	☐	☐	☐
13. Ich habe häufig das Gefühl, daß die Zeit drängt	☐	☐	☐	☐
14. Ich bin in der Arbeit genauer als andere	☐	☐	☐	☐
15. Ich bin immer in der Eile, wenn ich Dinge erledigen muß ..	☐	☐	☐	☐
16. Solange nicht alle Aufgaben erledigt sind, kann ich mich	☐	☐	☐	☐
nicht richtig entspannen	☐	☐	☐	☐
17. Ich schaffe mehr als andere Leute (bei vergleichbaren	☐	☐	☐	☐
Dingen)	☐	☐	☐	☐
18. Ich bin angespannt, wenn ich mehrere Sachen zur selben Zeit	☐	☐	☐	☐
tun muß	☐	☐	☐	☐
19. Ich dränge darauf, daß meine Aufgaben stets schnell	☐	☐	☐	☐
erledigt werden	☐	☐	☐	☐
20. Auch in der Freizeit denke ich häufig an die Aufgaben, die	☐	☐	☐	☐
noch zu erledigen sind	☐	☐	☐	☐

Kriterien 3

Globales Stress- und Angstrating (GSA)

- bitte vollständig beantworten -

Bitte geben Sie an, wie groß Ihre "Angst" und Ihre "Belastung" im letzten Jahr normalerweise waren. Bitte jeweils nur eine der Zahlen 1 bis 5 ankreuzen.

A N G S T

- 1) Ich fühlte mich nicht ängstlich.
☐ Ich war auch in unangenehmen Situationen frei von Angst und Befürchtungen.
- 2) Ich war etwas ängstlich.
☐ Ich hatte noch keine schweren Angstzustände. In schreck- oder furchtauslösenden Situationen blieb ich meist ruhig.
- 3) Ich war mittelmäßig ängstlich.
☐ Beunruhigende Situationen lösten in mir Angst aus.
- 4) Ich war ziemlich stark ängstlich.
☐ Meine Ängste und Befürchtungen waren so erheblich, daß ich sie als störend empfand.
- 5) Ich war sehr stark ängstlich.
☐ Ich litt unter sehr starken Angstgefühlen, die mein Leben wesentlich beeinträchtigten und kaum zu ertragen waren.

B E L A S T U N G

- (1) Ich war nicht belastet. Ich ☐ fühlte mich nie im Beruf oder Privatleben überlastet.
- (2) Ich war etwas belastet. Da ☐ an mich gestellten Anforderungen empfand ich zwar als leicht belastet, blieb aber dennoch ruhig und entspannt.
- (3) Ich war mittelmäßig belastet.
☐ Bei Überbelastung war ich angespannt.
- (4) Ich war ziemlich stark belastet. Leistungs- und Problemsituationen belasteten mich derart, daß ich starke Spannungen und Drucksituationen spürte, die mich erheblich störten.
- (5) Ich war sehr stark belastet.
☐ Ich empfand die Belastung so stark, daß ich nicht mehr ausspannen konnte, völlig erschöpft war und mein Leben dadurch sehr eingeschränkt war.

Kriterien 4

Lebensqualität (LO)
- bitte vollständig beantworten -

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
1. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>unwohl</u> gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐
im Beruf	☐	☐	☐	☐	☐
in der Familie	☐	☐	☐	☐	☐
bei anderen Aktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐
2. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>belastet</u> gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐
im Beruf	☐	☐	☐	☐	☐
in der Familie	☐	☐	☐	☐	☐
bei anderen Aktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐
3. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>eingeschränkt</u> gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐
im Beruf	☐	☐	☐	☐	☐
in der Familie	☐	☐	☐	☐	☐
bei anderen Aktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐
4. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>einsatzfähig</u> gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐
im Beruf	☐	☐	☐	☐	☐
in der Familie	☐	☐	☐	☐	☐
bei anderen Aktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐
5. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>glücklich</u> gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐
im Beruf	☐	☐	☐	☐	☐
in der Familie	☐	☐	☐	☐	☐
bei anderen Aktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐
6. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>...ig</u> gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐
im Beruf	☐	☐	☐	☐	☐
in der Familie	☐	☐	☐	☐	☐
bei anderen Aktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐
7. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>freudlos</u> gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐
im Beruf	☐	☐	☐	☐	☐
in der Familie	☐	☐	☐	☐	☐
bei anderen Aktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐
8. Wie häufig haben Sie sich im letzten Jahr <u>freudvoll</u> gefühlt	☐	☐	☐	☐	☐
im Beruf	☐	☐	☐	☐	☐
in der Familie	☐	☐	☐	☐	☐
bei anderen Aktivitäten	☐	☐	☐	☐	☐

Kriterien 5

s t i m m t

Lebensgewandtheit (LG)

- bitte vollständig beantworten -

gar nicht
ein wenig
weitgehend
vollkommen

1. Ich finde mich in allen Lebenssituationen gut zurecht ☐ ☐ ☐ ☐
2. Ich setze mir Prioritäten, damit die wichtigen Dinge zuerst behandelt werden ☐ ☐ ☐ ☐
3. Ich erkenne die Absichten der Menschen meist besser, als es andere tun ☐ ☐ ☐ ☐
4. Ich kombiniere schnell und gut von einigen Voraussetzungen auf die Folgerungen ☐ ☐ ☐ ☐
5. Ich handle situationsangepasst und sicher ☐ ☐ ☐ ☐
6. Bei Lagebesprechungen finde ich mich schnell zurecht ☐ ☐ ☐ ☐
7. Ich meistere in Ruhe und Gelassenheit selbst schwierige Situationen ☐ ☐ ☐ ☐
8. Ich erfasse die mitmenschlichen Probleme meist genau ☐ ☐ ☐ ☐
9. Ich kann mich auf wechselnde Situationen sofort richtig einstellen ☐ ☐ ☐ ☐
10. Ich weiß genau, wie ich Lob und Tadel pädagogisch richtig anwenden muß ☐ ☐ ☐ ☐
11. Ich passe mich wechselnden Situationen flexibel an ☐ ☐ ☐ ☐
12. Ich verlange von anderen nichts Ungewöhnliches ☐ ☐ ☐ ☐
13. Ich schätze meine Lebenssituation in der Regel richtig ein.. ☐ ☐ ☐ ☐
14. Ich gehe auf die Bedürfnisse des Einzelnen soweit wie es geht, ein ☐ ☐ ☐ ☐
15. Ich untersuche eine Situation zuerst genau, anstatt emotionell zu reagieren ☐ ☐ ☐ ☐
16. Es fällt mir nicht schwer, die Leistungen anderer Leute richtig zu bewerten..... ☐ ☐ ☐ ☐
17. Sobald ich eine Situation richtig erkannt habe, handle ich richtig und konsequent..... ☐ ☐ ☐ ☐
18. Ich tadle und lobe meine Bekannten so wie es richtig ist .. ☐ ☐ ☐ ☐
19. Ich reagiere mit guter Einfühlung auf andere Menschen, die untereinander Schwierigkeiten haben ☐ ☐ ☐ ☐
20. Ich bringe allen Menschen volles Vertrauen entgegen, solange sie sich angemessen benehmen ☐ ☐ ☐ ☐
21. Wenn mich ein Weg im Leben nicht weiterbringt, stelle ich mich rechtzeitig auf einen besseren um ☐ ☐ ☐ ☐
22. Ich verlange von anderen Menschen das, was man fordern kann, aber nicht mehr ☐ ☐ ☐ ☐
23. Ich weiß, wie ich andere Leute zu nehmen habe ☐ ☐ ☐ ☐
24. Ich bin ein guter Menschenkenner ☐ ☐ ☐ ☐
25. Ich kann die Leistungen meiner Mitarbeiter richtig beurteilen ☐ ☐ ☐ ☐

Kriterien 6

Gesundheit

- bitte vollständig beantworten -

Wie oft nahmen Sie im letzten Jahr folgende Tabletten ein?

	nie	gelegentlich	1-mal d. Woche	1-mal tägl.	mehrmals täglich
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Schlafmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Schmerzmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Anregende Mittel	☐	☐	☐	☐	☐
Abführmittel	☐	☐	☐	☐	☐
HerzKreislaufmittel	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐	☐

Wie sehr treffen folgende Beschwerden/Krankheiten auf Sie zu?

Beschwerde-/Krankheitsgrad

	nicht	kaum	mäßig stark	ziemlich stark	sehr stark
1. Herzbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
2. Kreislaufbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bluthochdruck	☐	☐	☐	☐	☐
4. zu niedriger Blutdruck ...	☐	☐	☐	☐	☐
5. Allg. Erschöpfungszustand	☐	☐	☐	☐	☐
6. Nervöse Überlastung	☐	☐	☐	☐	☐
7. Angstzustände	☐	☐	☐	☐	☐
8. Magen-Darmbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
9. Leber-, Gallenerkrankung ..	☐	☐	☐	☐	☐
10. Kreuz-, Rückenschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
11. Rheuma, Gelenkbeschwerden	☐	☐	☐	☐	☐
12. Asthma, Bronchitis	☐	☐	☐	☐	☐
13. Übergewicht	☐	☐	☐	☐	☐
14. Zuckerkrankheit	☐	☐	☐	☐	☐
15. Nieren-, Blasenleiden	☐	☐	☐	☐	☐
16. Schlafstörungen	☐	☐	☐	☐	☐
17. Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐	☐
18. Migräne	☐	☐	☐	☐	☐
19. Erholung nach einer Operation	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ganz allgemeine Beschwerden..	☐	☐	☐	☐	☐

Unterstreichen

Sie zum Schluß die Beschwerde, die für Sie am wichtigsten ist.

(STR 1)

stimmt gar nicht
stimmt ein wenig
stimmt weitgehend
stimmt vollkommen

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich bin sehr ehrgeizig | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Ich bin sehr stark leistungsorientiert | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Für mich ist es wichtig, zu den Besten und Erfolgreichsten zu gehören | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Erfolgsstreben und solide Leistung bedeuten mir sehr viel | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Ich lege auf große Leistungen mehr Wert, als andere es tun | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Die Erfüllung eines hohen Leistungsstandards ist für mich besonders wichtig | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Ich besitze ein ausgesprochen starkes Interesse an guter Leistung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Ich spreche häufig über ein hervorragendes Abschneiden in der Arbeit..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Ich sehe einen großen Lebenserfolg als sehr wichtig an | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Ich spreche gerne von den vielen Dingen, die ich schon geleistet habe | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

(STR 2)

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich strenge mich an, meinen Besitz immer mehr zu vergrößern | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Ich strebe intensiv nach einem höheren Wohlstand | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Ich denke häufig darüber nach, wie ich zu mehr Geld kommen kann | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Ich arbeite intensiv daran, sehr viel mehr zu besitzen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Ich habe ein ausgeprägtes Bedürfnis, mehr materielle Dinge zu erlangen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Ich setze alles daran, mich finanziell zu verbessern ... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Ich spreche häufig darüber, wie ich einen höheren Lebensstandard erreichen kann | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Ich strenge mich sehr an, damit ich mir viel mehr im Leben leisten kann | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Ich habe mir hohe materielle Ziele gesteckt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Ich diskutiere häufig darüber, wie ich meine wirtschaftliche Situation verbessern kann | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

STR = Stress

(STR 3)

- | | stimmt gar nicht | stimmt ein wenig | stimmt weitgehend | stimmt vollkommen |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich gerate manchmal von einer Krise in die andere ... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Bei mir herrscht viel mehr Kummer als Freude | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Sorgen rauben mir häufig den Schlaf | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Ich kenne mich vor lauter Sorgen weder ein noch aus | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Ich muß viel Kummer ertragen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Bei mir reißen die Sorgen nicht ab | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Ich muß viel Kummer erleiden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Ich muß viele schwere Stunden durchmachen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Mir bringt das Leben immer neuen Kummer | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Mir liegen viele Probleme im Magen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

(STR 4)

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich habe häufig Auseinandersetzungen mit anderen Leuten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Manche Leute gehen mir wirklich auf die Nerven | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Ich bin unzufrieden damit, wie sich viele Leute mir gegenüber benehmen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Mit einigen Leuten komme ich schnell in eine gereizte Stimmung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Bei bestimmten Leuten kommen mir leicht aggressive Gefühle | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Es gibt einige Leute, mit denen ich sehr viel Ärger habe | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Es gibt Leute, bei denen ich Reibereien einfach nicht vermeiden kann | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Ich streite mich etwas mehr, als die meisten anderen Leute es tun | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Ich habe Bekannte, mit denen ich ständig Auseinandersetzungen habe | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Mit einigen Leuten kann ich mich einfach nicht vertragen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

STR = Stress

(STR 5)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Es fällt mir schwer, meinem Unmut Luft zu machen	☐	☐	☐	☐
2. Emotionelle Auseinandersetzungen mit Freunden gehe ich aus dem Weg	☐	☐	☐	☐
3. Ich vermeide es, konfliktvolle Dinge im Gespräch anzuschneiden	☐	☐	☐	☐
4. Ich verberge lieber meine Erregung, anstatt sie offen anzusprechen	☐	☐	☐	☐
5. Probleme mit Freunden vertusche ich lieber, anstatt sie direkt zu behandeln	☐	☐	☐	☐
6. Es fällt mir sehr schwer, einem Nahestehenden hinsichtlich gemeinsamer Probleme die Wahrheit zu sagen	☐	☐	☐	☐
7. Es gibt viele emotionell belastende Dinge, die ich nie ausspreche	☐	☐	☐	☐
8. Bei mir staut sich viel unausgesprochener Konfliktstoff auf	☐	☐	☐	☐
9. Ich wage es nicht, eine nahestehende Person offen zu kritisieren	☐	☐	☐	☐
10. Ich unterdrücke häufig aggressive Gefühle	☐	☐	☐	☐

(STR 6)

1. Für mich ist das Leben oft eine Qual	☐	☐	☐	☐
2. Meine Zukunft erscheint häufig grau und düster	☐	☐	☐	☐
3. Manchmal wünschte ich mir, ich wäre gar nicht da	☐	☐	☐	☐
4. Ich betrachte mein Leben, ohne Freude daran zu haben ...	☐	☐	☐	☐
5. Ich habe kein Vertrauen in die Zukunft	☐	☐	☐	☐
6. Ich sehe wenig erfreuliche Dinge auf mich zukommen	☐	☐	☐	☐
7. Die Zukunft wird mir wenig Freude bringen	☐	☐	☐	☐
8. Ich sehe viele unheimliche Dinge auf mich zukommen	☐	☐	☐	☐
9. Ich habe von der Zukunft nicht viel Gutes zu erwarten ..	☐	☐	☐	☐
10. Ich kann einfach nicht zuversichtlich in die Zukunft sehen	☐	☐	☐	☐

STR = Stress

(STR 7)

stimmt gar nicht
stimmt ein wenig
stimmt weitgehend
stimmt vollkommen

1. Ich fühle mich vielen Anforderungen einfach nicht mehr gewachsen ☐ ☐ ☐ ☐
2. Es fällt mir schwer, angestrengt zu arbeiten ☐ ☐ ☐ ☐
3. Ich glaube, daß meine Arbeitsleistung stark nachgelassen hat ☐ ☐ ☐ ☐
4. Ich kann die von mir erwartete Leistung nicht mehr bringen ☐ ☐ ☐ ☐
5. Meine Aufmerksamkeit und meine Ausdauer bei der Arbeit lassen stark nach ☐ ☐ ☐ ☐
6. Ich kann nicht richtig arbeiten, weil ich körperlich überlastet bin..... ☐ ☐ ☐ ☐
- Ich fürchte, daß ich den Anforderungen des Alltags bald nicht mehr gewachsen bin ☐ ☐ ☐ ☐
8. Tagsüber kann ich mich nur schwer auf meine Arbeit konzentrieren ☐ ☐ ☐ ☐
9. Ich fühle mich tagsüber müde und abgespannt ☐ ☐ ☐ ☐
10. Schon nach zwei Stunden Arbeit bin ich total erschöpft ☐ ☐ ☐ ☐

(STR 8)

1. Wenn ich mich aufrege, werden meine Schmerzen stärker ☐ ☐ ☐ ☐
2. Ärger und Wut können bei mir zu körperlichen Beschwerden führen ☐ ☐ ☐ ☐
3. Sorgen und Probleme verstärken meine Schmerzen ☐ ☐ ☐ ☐
4. Schwierige persönliche Probleme spüre ich auch als unangenehme Körpergefühle ☐ ☐ ☐ ☐
5. Wenn ich mit großer Mühe gegen Schwierigkeiten kämpfen muß, kann mich dies krank machen ☐ ☐ ☐ ☐
6. Schicksalsschläge haben meiner körperlichen Gesundheit sehr geschadet ☐ ☐ ☐ ☐
7. Im Zustand der Aufregung nehmen meine körperlichen Beschwerden zu ☐ ☐ ☐ ☐
8. Sorgen und Probleme haben meiner Gesundheit geschadet ☐ ☐ ☐ ☐
9. Wenn ich an gegenwärtige Sorgen denke, wird mir auch körperlich unwohl ☐ ☐ ☐ ☐
10. Je mehr ich unter starken Druck gerate, umso mehr nehmen meine körperlichen Beschwerden zu..... ☐ ☐ ☐ ☐

STR = Stress

(STR 9)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Selbst im Urlaub kann ich meine Gedanken an die Arbeit nicht richtig abschalten	☐	☐	☐	☐
2. Ich kann mich auch im Urlaub nicht genügend entspannen, weil ich an meine Probleme denke	☐	☐	☐	☐
3. Selbst in den Ferien entspanne ich mich nicht genügend ...	☐	☐	☐	☐
4. Auch in meiner Freizeit muß ich häufig an meine Probleme denken	☐	☐	☐	☐
5. Selbst am Feierabend kann ich nicht richtig abschalten ..	☐	☐	☐	☐
6. Auch am Tagesende fällt es mir schwer, mich zu entspannen	☐	☐	☐	☐
7. In meiner Freizeit habe ich noch immer sehr viele Dinge zu tun	☐	☐	☐	☐
8. Wenn die Tagesarbeit getan ist, kann ich noch lange nicht an die Entspannung denken	☐	☐	☐	☐
9. Selbst am Wochenende werde ich meine unerledigten Aufgaben nicht los	☐	☐	☐	☐
10. Zu viele Pflichten verhindern es, daß ich die notwendige Entspannung bekomme.....	☐	☐	☐	☐

(STR 10)

1. Wenn ich stark unter Druck stehe, muß ich tief durchatmen	☐	☐	☐	☐
2. Wenn etwas schief gegangen ist, gelingt es mir lange nicht zu entspannen	☐	☐	☐	☐
3. Ich bin aufs Höchste gespannt, wenn ich wichtige Arbeiten schnell und fehlerfrei durchführen muß	☐	☐	☐	☐
4. Je größer die Anforderung, umso stärker fühle ich die Belastung	☐	☐	☐	☐
5. Unter Druck arbeitet mein Gehirn langsamer als gewöhnlich	☐	☐	☐	☐
6. Wenn ich viel Verantwortlichkeit tragen muß, mache ich sehr leicht Fehler	☐	☐	☐	☐
7. Hohe Anforderungen setzen meine Leistungsfähigkeit beträchtlich herab	☐	☐	☐	☐
8. In schwierigen Prüfungen gerate ich derart in Druck, daß meine Gedanken regelrecht blockiert sind	☐	☐	☐	☐
9. In kritischen Situationen erlebe ich fast unerträgliche Belastungsgefühle	☐	☐	☐	☐
10. Wenn mir eine große Verantwortung übertragen wird, gerate ich ganz durcheinander	☐	☐	☐	☐

STR = Stress

(STR 11)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Meine Muskeln sind vor lauter Anstrengung oft verhärtet	☐	☐	☐	☐
2. Meine Nackenmuskeln sind zu stark verspannt	☐	☐	☐	☐
3. Durch innere Verkrampfung verbrauche ich viel mehr Energie als andere Leute	☐	☐	☐	☐
4. Selbst in der Freizeit sind meine Muskeln noch verkrampft	☐	☐	☐	☐
5. Meine Schul- oder Muskelatur fühlt sich manchmal richtig an	☐	☐	☐	☐
6. Selbst wenn ich eine starke Verspannung der Muskeln	☐	☐	☐	☐
7. Selbst wenn der Dauerstress stünde, können sich meine Muskeln unmöglich entspannen	☐	☐	☐	☐
8. Selbst wenn ich mich gut ausruhe, sind meine Muskeln noch verspannt	☐	☐	☐	☐
9. Ich bin auch ohne Grund viel zu angespannt	☐	☐	☐	☐
10. Mein ganzer Rücken scheint manchmal stark verspannt zu sein	☐	☐	☐	☐

(STR 12)

1. Ich habe keine Möglichkeiten, mein Leben zu kontrollieren	☐	☐	☐	☐
2. Ich kann nichts tun, um mein Leben zu beeinflussen ...	☐	☐	☐	☐
3. Ich habe im Leben nichts mehr zu sagen	☐	☐	☐	☐
4. Ich habe keinen Auftrag mehr	☐	☐	☐	☐
5. Ich kann mein Leben nicht mehr selbst lenken	☐	☐	☐	☐
6. Ich habe keine Trümpfe mehr in der Hand	☐	☐	☐	☐
7. Ich besitze keine Fähigkeit, mein Leben in die von mir gewünschten Bahnen zu lenken	☐	☐	☐	☐
8. Ich bin nicht fähig, meinen Mann zu stehen	☐	☐	☐	☐
9. Auf mich hört man nicht	☐	☐	☐	☐
10. Ich habe auf mein Leben keinen Einfluss mehr	☐	☐	☐	☐

STR = Stress

(STR 13)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Ich befolge Abmachungen gewissenhaft	☐	☐	☐	☐
2. Ich führe alle Arbeiten mit großer Sorgfalt durch	☐	☐	☐	☐
3. In wichtigen Dingen halte ich es mit der Ordnung genau	☐	☐	☐	☐
4. Ich achte darauf, daß erfolgreiche Gewohnheiten sorgfältig weitergeführt werden	☐	☐	☐	☐
5. Ich plane meine Untersuchungen sehr sorgfältig	☐	☐	☐	☐
6. Gute Ideen können werden von mir hochgeschätzt	☐	☐	☐	☐
7. Ich halte mich genau an feste Vereinbarungen	☐	☐	☐	☐
8. Ich überlege jeden Schritt gründlich, bevor ich etwas Wichtiges veranlasse	☐	☐	☐	☐
9. Wenn es um entscheidende Dinge geht, lege ich großen Wert auf Einhaltung aller Absprachen	☐	☐	☐	☐
10. Im Umgang mit anderen bin ich eine sehr gewissenhafte Person	☐	☐	☐	☐

(STR 14)

1. Ich finde bei anderen Leuten immer ein offenes Ohr für meine Probleme	☐	☐	☐	☐
2. Meine Probleme werden von Bekannten stets ernstgenommen	☐	☐	☐	☐
3. Meine Schwierigkeiten können in der Diskussion mit Freunden stets gelöst werden	☐	☐	☐	☐
4. Ich finde immer Leute, die mir Zeit und Gehör schenken	☐	☐	☐	☐
5. Es gibt immer Leute, die mir viel Interesse entgegenbringen	☐	☐	☐	☐
6. Meine Freunde nehmen immer Anteil an meinen Sorgen, wenn ich es wünsche	☐	☐	☐	☐
7. In schwierigen Situationen spricht mir immer irgendjemand Mut zu	☐	☐	☐	☐
8. Meine Probleme werden immer von irgendjemandem ernstgenommen	☐	☐	☐	☐
9. Ich finde immer Freunde, die mich ausreden lassen und anhören	☐	☐	☐	☐
10. Es gibt immer Leute, die bereit sind, sich in meine Lage zu versetzen	☐	☐	☐	☐

STR = Stress

(STR 15)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Ich sage allen ganz offen, was ich denke	☐	☐	☐	☐
2. Ich gebe mich anderen gegenüber gerne sehr offen	☐	☐	☐	☐
3. Ich lege meine Argumente bei Diskussionen offen auf den Tisch	☐	☐	☐	☐
4. Ich nenne die Dinge gern bei ihrem richtigen Namen	☐	☐	☐	☐
5. Ich bin es gewöhnt, meine Meinung offen auszudrücken...	☐	☐	☐	☐
6. Ich sage die Wahrheit frei von der Leber weg	☐	☐	☐	☐
7. Ich offenbare gern meine Gefühle so, wie sie wirklich sind	☐	☐	☐	☐
8. Es fällt mir leicht, in der Gruppe Probleme offen darzulegen	☐	☐	☐	☐
9. Es fällt mir leicht, auch ganz persönliche Dinge offen zu diskutieren	☐	☐	☐	☐
10. Im Falle von Problemen spreche ich gerne die Dinge ehrlich aus	☐	☐	☐	☐

(STR 16)

1. Ich kann meine privaten Pläne immer so durchführen, wie ich will	☐	☐	☐	☐
2. Ich habe im täglichen Leben sehr viel Freiraum zum Handeln	☐	☐	☐	☐
3. Ich kann meine Freizeit so gestalten, wie ich will ...	☐	☐	☐	☐
4. Meine Freunde unterstützen es, daß ich meine Wege selbständig gehe	☐	☐	☐	☐
5. Ich kann meine Interessen fast immer zufriedenstellend verwirklichen	☐	☐	☐	☐
6. Meine persönlichen Entscheidungen kann ich stets frei treffen	☐	☐	☐	☐
7. Ich kann meine Hobbies ungehindert betreiben	☐	☐	☐	☐
8. Unter Freunden werde ich ermutigt, meinen eigenen Wünschen zu folgen	☐	☐	☐	☐
9. Ich kann so ziemlich alles tun und lassen was ich will	☐	☐	☐	☐
10. In privater Beziehung habe ich alle Freiheit, die ich brauche	☐	☐	☐	☐

STR = Stress

(STR 17)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Um Konflikte zu lösen, bitte ich den anderen auch mal um Verzeihung	☐	☐	☐	☐
2. In emotionell geladenen Situationen mache ich <u>keine</u> abfälligen Äußerungen über andere	☐	☐	☐	☐
3. Ich kann negative Kritik gut vertragen	☐	☐	☐	☐
4. Bei Unstimmigkeiten finde ich stets eine für alle passende Lösung	☐	☐	☐	☐
5. Ich bin praktisch immer kompromissbereit	☐	☐	☐	☐
6. Ich bin immer sehr bemüht, die Gefühle der anderen nicht zu verletzen	☐	☐	☐	☐
7. Es gelingt mir gut, bei emotionellen Auseinandersetzungen sachlich zu bleiben	☐	☐	☐	☐
8. Mißverständnisse schaffe ich durch Aussprache mit dem Betroffenen aus dem Weg	☐	☐	☐	☐
9. Zur Lösung strittiger Punkte schlage ich der Gegenseite eine Lösung durch gemeinsame Entscheidung vor	☐	☐	☐	☐
10. Es gelingt mir praktisch immer, eine allgemein befriedigende Lösung anstehender Probleme zu finden	☐	☐	☐	☐

(STR 18)

1. Ich bin guten Mutes, wenn ich an die Zukunft denke	☐	☐	☐	☐
2. Ich erwarte in meinem Leben noch viel Freude	☐	☐	☐	☐
3. Der Gedanke an die Zukunft bereitet mir ein behagliches Gefühl	☐	☐	☐	☐
4. Wenn ich an meine Zukunft denke, fühle ich mich richtig wohl	☐	☐	☐	☐
5. Ich habe noch viele angenehme Dinge zu erfahren	☐	☐	☐	☐
6. Ich schaue voller Zuversicht in die Zukunft	☐	☐	☐	☐
7. Ich werde stets ein optimistischer Mensch bleiben	☐	☐	☐	☐
8. Meine Zukunft wird noch viele schöne Erlebnisse bringen	☐	☐	☐	☐
9. Ich erwarte von der Zukunft viele positive Veränderungen	☐	☐	☐	☐
10. Ich habe die Weichen meiner Zukunft auf gute Dinge abgestellt	☐	☐	☐	☐

STR = Stress

(STR 19)

	s t i m m t			
	gar nicht	ein wenig	weitgehend	vollkommen
1. Ich handle stets nach eigenem Ermessen.....	☐	☐	☐	☐
2. Ich beeinflusse die Ereignisse in meinem Leben aus eigener Kraft	☐	☐	☐	☐
3. Ich allein bestimme über die Richtung meines Lebens	☐	☐	☐	☐
4. Das Kommando über mein Leben führe ich selbst.....	☐	☐	☐	☐
5. Ich gestalte mein Leben nach meinen eigenen Regeln	☐	☐	☐	☐
6. Ich gehe meinen eigenen Weg, anstatt andere über mich bestimmen zu lassen	☐	☐	☐	☐
7. Der Herr meines Lebens bin ich selbst	☐	☐	☐	☐
8. Ich bin für den Verlauf meines Lebens selbst verant- wortlich	☐	☐	☐	☐
9. Nur ich selbst bin für die Gestaltung meines Lebens verantwortlich	☐	☐	☐	☐
10. Ich verfolge meine Lebensziele, ohne mich beein- flussen zu lassen	☐	☐	☐	☐

(STR 20)

1. Probleme im Leben überwinde ich durch eigenes Geschick.....	☐	☐	☐	☐
2. Ich bin sehr selbstbewußt	☐	☐	☐	☐
3. Selbst in bedrohlichen Situationen behalte ich meine volle Entschlußkraft	☐	☐	☐	☐
4. Ich fühle mich allen Lebensaufgaben gewachsen	☐	☐	☐	☐
5. Ich traue mir viel zu	☐	☐	☐	☐
6. Ich bin voller Selbstvertrauen	☐	☐	☐	☐
7. Ich werde auch mit schwierigen Situationen selber fertig	☐	☐	☐	☐
8. Ich vertraue stets auf meine eigene Kraft	☐	☐	☐	☐
9. Ich bin meiner selbst sicher	☐	☐	☐	☐
10. Schwierige Situationen meistere ich durch feste Entschlüsse	☐	☐	☐	☐

STR = Stress

(STR 21)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Ich kann mich leicht voll entspannen	☐	☐	☐	☐
2. Das Sprichwort "Nach der Arbeit ist gut ruhn" trifft auf mich besonders zu	☐	☐	☐	☐
3. Ich fühle mich völlig gelockert	☐	☐	☐	☐
. Sobald ich abends im Sessel sitze, bin ich total entspannt	☐	☐	☐	☐
5. Wenn ich im Bett liege, fühle ich mich wohlig entspannt	☐	☐	☐	☐
6. Ein Abend in netter Gesellschaft läßt mich alle meine Sorgen vergessen	☐	☐	☐	☐
7. Nach einem warmen Bad fallen die Spannungen des Tages von mir ab	☐	☐	☐	☐
8. Bei einem guten Essen in netter Gesellschaft gewinne ich Abstand von meinen Alltagsproblemen	☐	☐	☐	☐
9. Ich kann mich innerhalb kurzer Zeit entspannen	☐	☐	☐	☐
10. Selbst in schlechten Zeiten finde ich eine Möglichkeit zur Entspannung	☐	☐	☐	☐

(STR 22)

1. Auch wenn ich innerlich stark gereizt bin, gebe ich mich nach aussen ruhig	☐	☐	☐	☐
2. Ich kontrolliere Gefühle wie Ärger so gut, daß sie nach aussen nicht sichtbar werden	☐	☐	☐	☐
3. Ich lasse mir meine Wut nicht anmerken	☐	☐	☐	☐
4. Ich habe meinen Ärger stets unter Kontrolle	☐	☐	☐	☐
5. Auch wenn ich stark gereizt bin, habe ich meine Gefühle in der Hand	☐	☐	☐	☐
6. Ich kann meine Aufregungen besser kontrollieren als andere	☐	☐	☐	☐
7. Ich kann meinen Groll besser verbergen als andere ...	☐	☐	☐	☐
8. Ich kann selbst starke Erregung gut verbergen	☐	☐	☐	☐
9. Ich bändige meine gereizten Gefühle besser als andere	☐	☐	☐	☐
10. Ich kontrolliere meinen Zorn besser als andere	☐	☐	☐	☐

STR = Stress

(STR 23)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Entscheidungen gehen bei mir zügig über die Bühne	☐	☐	☐	☐
2. Ich entscheide mich meist schnell und richtig	☐	☐	☐	☐
3. Ich besitze eine gute Entschlußkraft	☐	☐	☐	☐
4. Ich entscheide mich schnell und ohne viel nachzugrübeln	☐	☐	☐	☐
5. Es fällt mir leichter als andere, gute Entscheidungen zu treffen	☐	☐	☐	☐
6. Ich bin im Vergleich zu anderen entscheidungsfreudiger Ich treffe meistens die richtigen Entschlüsse	☐	☐	☐	☐
8. Ich gehöre zu den entschlußkräftigen Menschen	☐	☐	☐	☐
9. Auch unter Druck treffe ich gute Entscheidungen	☐	☐	☐	☐
10. Ich treffe lieber eine baldige Entscheidung anstatt lange zu warten	☐	☐	☐	☐

(STR 24)

1. Ich halte es für äusserst wichtig, viel im Leben zu erreichen	☐	☐	☐	☐
2. Ich bin außerordentlich aktiv	☐	☐	☐	☐
3. Ich halte mich für sehr präzise	☐	☐	☐	☐
4. Ich merke mir Details sorgfältig	☐	☐	☐	☐
5. Ich halte es für sehr wichtig, daß man in vieler Hinsicht großen Erfolg erzielt	☐	☐	☐	☐
6. Ich bin immer sehr sorgfältig	☐	☐	☐	☐
7. Ich bewundere große Leistungen aller Art sehr	☐	☐	☐	☐
8. Ich bin mit einem starken Willen ausgerüstet	☐	☐	☐	☐
9. Ich habe eine große Abneigung gegen faule Leute	☐	☐	☐	☐
10. Ich hege große Bewunderung für harte Arbeiter	☐	☐	☐	☐

Anhang 6

SOK = Soziale Kompetenz (Fragebögen 1 - 21)

(SOK 1)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Ich wäre selbstbewußter, wenn ich besser reden könnte ...	☐	☐	☐	☐
2. Ich habe Probleme bei der genauen Formulierung von Argumenten	☐	☐	☐	☐
3. Zu einem guten Vortrag fehlt mir die sprachliche Ausdrucksfähigkeit	☐	☐	☐	☐
4. In Diskussionen fehlt es mir an der sprachlichen Gewandtheit	☐	☐	☐	☐
5. Ich muß etwas tun, um meinem sprachlichen Ausdruck zu verbessern	☐	☐	☐	☐
6. Wenn ich gut reden könnte, würde ich alle zwischenmenschlichen Situationen meistern	☐	☐	☐	☐
7. Mir fehlt die Fähigkeit, gewandt zu reden	☐	☐	☐	☐
8. Ich besitze wenig Selbstbewußtsein, weil ich im Reden ungeschickt bin	☐	☐	☐	☐
9. Wenn ich mehr Übung hätte, könnte ich mich besser ausdrücken	☐	☐	☐	☐
10. Mein sprachliches Ungeschick hindert mich am beruflichen Vorankommen	☐	☐	☐	☐

(SOK 2)

1. Wenn ich vor einem Kreis von Zuhörern etwas sagen soll, bekomme ich keinen Ton heraus	☐	☐	☐	☐
2. Vor lauter Aufregung kann ich in einer Diskussion meine Argumente nicht formulieren	☐	☐	☐	☐
3. Wenn ich bei einer Diskussion etwas äußern will, schlägt mein Herz immer schneller	☐	☐	☐	☐
4. Ich bin sprachlos, wenn ich plötzlich angesprochen werde	☐	☐	☐	☐
5. Vor Überraschung bringe ich keinen Ton heraus, wenn jemand das Wort an mich richtet	☐	☐	☐	☐
6. Ich fange an zu stottern, wenn viele Augen auf mich gerichtet sind	☐	☐	☐	☐
7. Bei Unterredungen mit wichtigen Personen komme ich ins Stocken	☐	☐	☐	☐
8. Wenn mich Personen des anderen Geschlechts ansprechen, bin ich nicht in der Lage zu antworten.....	☐	☐	☐	☐
9. Ich fühle mich in einer Grup, stark gehemmt zu sprechen	☐	☐	☐	☐
10. In einer größeren Diskussionsrunde leide ich an Redehemmung	☐	☐	☐	☐

SOK = Soziale Kompetenz

(SOK 3)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Wenn ich etwas gesagt habe, bin ich mir häufig unsicher, ob es vernünftig war	☐	☐	☐	☐
2. Ich überlege oft krampfhaft, wie ich ein stockendes Gespräch wieder in Gang bringen kann	☐	☐	☐	☐
3. Oft fallen mir meine Argumente erst hinterher ein.....	☐	☐	☐	☐
4. Bevor ich meine Meinung äussern kann, dreht sich das Gespräch schon um ein anderes Thema	☐	☐	☐	☐
5. In Gesprächen denke ich oft: Was könntest du jetzt noch sagen	☐	☐	☐	☐
6. Bei Diskussionen behalte ich meine Argumente meistens für mich	☐	☐	☐	☐
7. Auch wenn ich treffende Einwände habe, fällt es mir schwer, sie zu äussern	☐	☐	☐	☐
8. Ich behalte meine Meinung für mich, um keinen schlechten Eindruck zu hinterlassen	☐	☐	☐	☐
9. Ich bin verlegen, wenn mich Personen des anderen Geschlechts ansprechen	☐	☐	☐	☐
10. Ich bin unsicher, wenn ich nach meiner Meinung gefragt werde.....	☐	☐	☐	☐

(SOK 4)

1. Mir hören wenige zu, wenn ich rede	☐	☐	☐	☐
2. Ich mache oft geistlose Bemerkungen	☐	☐	☐	☐
3. Meine Worte üben wenig Einfluss auf andere Leute aus	☐	☐	☐	☐
4. Ich mache mich mit meinen Äusserungen oft lächerlich	☐	☐	☐	☐
5. Bei Diskussionen fällt mir nichts Vernünftiges ein	☐	☐	☐	☐
6. Meine Stimme wird leise, wenn ich in einer Gruppe meine Meinung äussere	☐	☐	☐	☐
7. Meinen Gesprächsbeiträgen wird kaum Beachtung geschenkt	☐	☐	☐	☐
8. Ich habe eine zaghafte Stimme, wenn ich meine Ansicht darlege	☐	☐	☐	☐
9. Meinen Worten fehlt die Überzeugungskraft	☐	☐	☐	☐
10. Ich habe mit meinen Äusserungen nur geringe Wirkung	☐	☐	☐	☐

SOK = Soziale Kompetenz

(SOK 5)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Über Gefühlsregungen spreche ich nicht	☐	☐	☐	☐
2. Ich behalte meine Ansichten lieber für mich	☐	☐	☐	☐
3. In Gruppen lasse ich lieber die anderen reden	☐	☐	☐	☐
4. Ich rede nicht gerne über mich selbst	☐	☐	☐	☐
5. Bei Diskussionen sage ich sehr wenig	☐	☐	☐	☐
6. Persönliche Dinge klammere ich in Gesprächen stets aus	☐	☐	☐	☐
7. Ich halte meine Meinung zurück, wenn fremde Personen dabei sind	☐	☐	☐	☐
8. Ich beginne ein Gespräch nie als erste(r)	☐	☐	☐	☐
9. Gefühle sind für mich kein Gesprächsthema	☐	☐	☐	☐
10. Über intime Sachen kann ich nicht offen reden	☐	☐	☐	☐

(SOK 6)

1. Ich bin ein wortkarger Mensch	☐	☐	☐	☐
2. Ich verhalte mich recht schweigsam	☐	☐	☐	☐
3. Ich verliere in der Regel wenig Worte	☐	☐	☐	☐
4. Ich lasse mich ungern in ein Gespräch verwickeln	☐	☐	☐	☐
5. Ich vermeide Gespräche mit fremden Personen	☐	☐	☐	☐
6. Ich rede eigentlich sehr wenig	☐	☐	☐	☐
7. Ich bin bei Gesprächen sehr einsilbig	☐	☐	☐	☐
8. Ich bitte einen Fremden ungern um Auskunft	☐	☐	☐	☐
9. Meine Gesprächsbeiträge umfassen meist nur ein paar Worte	☐	☐	☐	☐
10. Auch wenn ich die Leute kenne, lasse ich mich auf keine langen Gespräche ein	☐	☐	☐	☐

SOK = Soziale Kompetenz

(SOK 7)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Ich bin kontaktschwach	☐	☐	☐	☐
2. Ich bin ungesellig	☐	☐	☐	☐
3. Ich bin kontaktarm	☐	☐	☐	☐
4. Ich meide meine Bekannten, weil ich sie doch nur langweile	☐	☐	☐	☐
5. Ich bin ein verklemmter Mensch	☐	☐	☐	☐
6. Ich bin menschenscheu	☐	☐	☐	☐
7. Ich bin zu verschlossen	☐	☐	☐	☐
8. Ich habe viel zu wenig Bekannte	☐	☐	☐	☐
9. In einer Gruppe wirke ich ziemlich leblos	☐	☐	☐	☐
10. Im Umgang mit anderen bin ich geradezu schwerfällig ...	☐	☐	☐	☐

(SOK 8)

1. Ich bin leicht einzuschüchtern	☐	☐	☐	☐
2. Ich werde verlegen, wenn man mich anschaut	☐	☐	☐	☐
3. Wenn ich von anderen beobachtet werde, bekomme ich Schweißausbrüche	☐	☐	☐	☐
4. Ich habe starke Hemmungen, vor anderen Leuten zu reden	☐	☐	☐	☐
5. Wenn ich mit Autoritätspersonen zusammentreffe, habe ich oft Hemmungen	☐	☐	☐	☐
6. Ich könnte im Boden versinken, wenn in einer Gruppe mein Name aufgerufen wird	☐	☐	☐	☐
7. Ich werde unsicher, wenn mich Leute auf der Strasse beobachten	☐	☐	☐	☐
8. Ich vermeide Situationen, in denen ich spontan mitmachen muß	☐	☐	☐	☐
9. Ich nähere mich anderen nur zaghaft	☐	☐	☐	☐
10. Ich betrete ungern Räume, wo schon Leute versammelt sind	☐	☐	☐	☐

SOK = Soziale Kompetenz

(SOK 9)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Die Anerkennung in der Gesellschaft bleibt mir versagt	☐	☐	☐	☐
2. Ich verliere oft meine Freunde	☐	☐	☐	☐
3. Ich mache auf Fremde einen schlechten Eindruck	☐	☐	☐	☐
4. Ich komme wegen meiner Ungeselligkeit im Beruf nicht weiter	☐	☐	☐	☐
5. Vor dem Spiegel denke ich: Mensch siehst du alt aus	☐	☐	☐	☐
6. Ich besitze für das andere Geschlecht wenig Attraktivität	☐	☐	☐	☐
7. Ich übe auf andersgeschlechtliche Personen wenig Anziehungskraft aus	☐	☐	☐	☐
8. Mein persönlicher Kontakt mit anderen dauert in der Regel nicht sehr lange.....	☐	☐	☐	☐
9. Bei einer geselligen Veranstaltung beachtet mich fast niemand.....	☐	☐	☐	☐
10. Ich habe mir oft das Wohlwollen anderer Menschen verscherzt	☐	☐	☐	☐

(SOK 10)

1. Ich finde Parties sturpsinnig	☐	☐	☐	☐
2. Ich werde von geselligen Veranstaltungen nicht berührt	☐	☐	☐	☐
3. Auf Parties sitze ich lustlos und gleichgültig herum	☐	☐	☐	☐
4. Kontakte mit anderen Menschen lassen mich kalt	☐	☐	☐	☐
5. Ich bin lieber für mich allein, als mit anderen zusammen	☐	☐	☐	☐
6. Ich unternehme selten etwas mit anderen Menschen....	☐	☐	☐	☐
7. Ich meide gesellige Zusammenkünfte	☐	☐	☐	☐
8. In meinen vier Wänden fühle ich mich am wohlsten ...	☐	☐	☐	☐
9. Neue Bekanntschaften mache ich so gut wie nie	☐	☐	☐	☐
10. Bei Geselligkeiten bleibe ich im Hintergrund des Geschehens	☐	☐	☐	☐

SOK = Soziale Kompetenz

(SOK 11)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Ich unterdrücke vor anderen Leuten schmerzliche Gefühle	☐	☐	☐	☐
2. Wenn ich traurig bin, lasse ich mir dies nicht anmerken	☐	☐	☐	☐
3. Ich verberge vor anderen meine spontanen Empfindungen	☐	☐	☐	☐
4. Ich zeige es niemandem, wenn ich einmal niedergeschlagen bin	☐	☐	☐	☐
5. Ich verschließe vor anderen Menschen meine Gefühlswelt	☐	☐	☐	☐
6. Ich halte meine Gefühle für andere zurück	☐	☐	☐	☐
7. Ich lasse mir meinen Ärger über andere Leute nicht ansehen	☐	☐	☐	☐
8. Wenn ich Probleme habe, vertraue ich das niemandem an	☐	☐	☐	☐
9. Wenn ich für Personen des anderen Geschlechts Zuneigung empfinde, behalte ich dies für mich	☐	☐	☐	☐
10. Wenn mir jemand sympathisch ist, bringe ich es nicht zum Ausdruck	☐	☐	☐	☐

(SOK 12)

1. Ich bin seelenruhig, wenn ich vor einer größeren Gruppe spreche	☐	☐	☐	☐
2. Ich stehe häufig im Mittelpunkt einer Diskussion ...	☐	☐	☐	☐
3. Beim Diskutieren strahle ich Selbstsicherheit aus	☐	☐	☐	☐
4. Meine Kenntnisse ermöglichen mir, interessante Diskussionen zu führen	☐	☐	☐	☐
5. Ich halte Vorträge mit viel Erfolg	☐	☐	☐	☐
6. Bei Gesprächen in der Gruppe spüre ich meine Überlegenheit	☐	☐	☐	☐
7. In Diskussionen kann ich andere geschickt auf meine Punkte lenken	☐	☐	☐	☐
8. Es fällt mir leicht, vor einer Gruppe Menschen eine Rede zu halten	☐	☐	☐	☐
9. In einer Diskussion übe ich mehr Einfluss auf andere aus als umgekehrt	☐	☐	☐	☐
10. Ich kann andere stundenlang in ein fesselndes Gespräch verwickeln	☐	☐	☐	☐

SOK = Soziale Kompetenz

(SOK 13)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Ich unterhalte mich oft mit wildfremden Menschen	☐	☐	☐	☐
2. Ich lasse mich gern mit fremden Personen auf eine Unterhaltung ein	☐	☐	☐	☐
3. Ich erzähle gern lustige Geschichten, um die Gesprächsrunde zu amüsieren	☐	☐	☐	☐
4. Wenn ich anderen begegne, beginne ich sofort das Gespräch	☐	☐	☐	☐
5. In einer Gesprächsrunde ergreife ich häufig das Wort	☐	☐	☐	☐
6. Ich spreche auf Einladungen mit Vorliebe unbekannte Personen an	☐	☐	☐	☐
7. Beim Zusammentreffen mit anderen Menschen fange ich als erste(r) zum Reden an	☐	☐	☐	☐
8. Ich spreche gern Personen des anderen Geschlechts an	☐	☐	☐	☐
9. Auf Einladungen verwickle ich mit Vergnügen Personen des anderen Geschlechts in ein Gespräch	☐	☐	☐	☐
10. Ich stelle meine Ansichten offen zur Diskussion	☐	☐	☐	☐

(SOK 14)

1. Ich bin sehr gesprächig	☐	☐	☐	☐
2. Ich bin außerordentlich mitteilksam	☐	☐	☐	☐
3. Oft suche ich geradezu eine Unterhaltung	☐	☐	☐	☐
4. Ich erzähle anderen gerne meine Erlebnisse	☐	☐	☐	☐
5. Ich bin sehr redefreudig	☐	☐	☐	☐
6. Oft habe ich richtig Lust auf ein Gespräch	☐	☐	☐	☐
7. Ich bin immer bereit zum Reden.....	☐	☐	☐	☐
8. Ich teile anderen gern meine Gedanken mit	☐	☐	☐	☐
9. Ich rede furchtbar gern mit anderen Menschen	☐	☐	☐	☐
10. Ich bin oft zum Erzählen aufgelegt	☐	☐	☐	☐

SOK = Soziale Kompetenz

(SOK 15)

	stimmt gar nicht	stimmt ein wenig	stimmt weitgehend	stimmt vollkommen
1. Ich höre mir die Einwände anderer geduldig an	☐	☐	☐	☐
2. Ich bin ein aufmerksamer Zuhörer	☐	☐	☐	☐
3. Ich höre mir alles genau an, bevor ich mein Urteil abgebe	☐	☐	☐	☐
4. Ich äussere meine Kritik an anderen nur nach reiflicher Überlegung	☐	☐	☐	☐
5. Bei Diskussionen höre ich mir alle Argumente aufmerksam an	☐	☐	☐	☐
6. Ich lasse meine Gesprächspartner ausreden	☐	☐	☐	☐
7. In Gesprächen bin ich ernsthaft bei der Sache	☐	☐	☐	☐
8. Meine Argumentation ist durch sachliche Gesichtspunkte bestimmt	☐	☐	☐	☐
9. Ich antworte erst, wenn der/die andere mit den Ausführungen fertig ist	☐	☐	☐	☐
10. Ich folge den Worten der Diskussionsteilnehmer mit Aufmerksamkeit	☐	☐	☐	☐

(SOK 16)

1. Mit Vergnügen konzentriere ich die Gesprächspartner ganz auf mich	☐	☐	☐	☐
2. Es fasziniert mich, einen Kreis von Zuhörern in Bann zu schlagen	☐	☐	☐	☐
3. Bei Erzählungen übertreibe ich gerne etwas	☐	☐	☐	☐
4. Bei Diskussionen stelle ich meine Argumente sehr ausführlich dar	☐	☐	☐	☐
5. Ich ziehe gerne die Aufmerksamkeit von Zuhörern auf mich	☐	☐	☐	☐
6. Häufig rede ich über eine Sache nur, um zu zeigen, daß sie mir geläufig ist	☐	☐	☐	☐
7. Ich fühle mich oft gedrängt, vor den anwesenden Personen etwas von allgemeiner Bedeutung zu sagen	☐	☐	☐	☐
8. Meine Schilderungen fesseln die Gesprächsrunde	☐	☐	☐	☐
9. Ich spreche oft über mich selbst	☐	☐	☐	☐
10. Bei Einladungen halte ich oft eine Ansprache	☐	☐	☐	☐

SOK = Soziale Kompetenz

(SOK 17)

stimmt gar nicht
stimmt ein wenig
stimmt weitgehend
stimmt vollkommen

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ich nehme es gern auf mich, Geselligkeiten zu organisieren | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Ich stelle immer wieder gesellige Abende auf die Beine | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Wenn es um geselliges Beisammensein geht, übernehme ich gerne die Führung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Für gemeinsame Aktionen bin ich stets als Organisator zu haben | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Ich bin der geborene Organisator..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Die von mir veranstalteten Parties sind sehr geschätzt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Ich bin aktiver Mitarbeiter in Vereinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Bei gesellschaftlichen Anlässen ergreife ich die Initiative | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Bei der Gründung einer geselligen Runde übernehme ich selbst eine führende Rolle | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Es reizt mich immer wieder, für andere zu organisieren | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

(SOK 18)

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Unter Menschen zu sein, ist mir ein wahrer Genuss | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Einer vergnügten Gesellschaft passe ich mich leicht an | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Für gesellige Unternehmungen bin ich stets aufnahmefähig | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Ich bin immer für Vergnügungen zu haben | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. In einer geselligen Runde fühle ich mich so richtig wohl | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Ich bin ein geselliger Mensch | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Ich bin stets zu Spässen aufgelegt | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Ich freue mich über meine guten Beziehungen zu Freunden und Bekannten | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Ich stürze mich schwungvoll ins Vergnügen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Ich amüsiere mich gerne mit anderen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

(SOK 19)

1. Ich trete sicher und gewandt auf ☐ ☐ ☐ ☐
2. In einer Gruppe verhalte ich mich selbstsicher ☐ ☐ ☐ ☐
3. Ich strahle im Zusammensein mit anderen Selbstsicherheit aus ☐ ☐ ☐ ☐
4. Der Umgang mit den meisten Menschen fällt mir leicht .. ☐ ☐ ☐ ☐
5. In einer Gruppe verhalte ich mich ganz ungezwungen ☐ ☐ ☐ ☐
6. Ich fühle mich ganz locker, wenn ich mit bekannten Persönlichkeiten zusammentreffe ☐ ☐ ☐ ☐
7. Ich reagiere spontan auf andere Menschen ☐ ☐ ☐ ☐
8. In einer vergnügten Gesellschaft kann ich mich unbeschwert verhalten ☐ ☐ ☐ ☐
9. Ich gehe zwanglos mit Personen des anderen Geschlechts um ☐ ☐ ☐ ☐
10. Auf Einladungen trete ich selbstbewußt auf ☐ ☐ ☐ ☐

(SOK 20)

1. Ich besitze sehr anziehende Wirkung auf das andere Geschlecht
2. Ich stehe bei Gesellschaften häufig im Mittelpunkt
3. Ich ziehe die Blicke anderer Leute an
4. Auf Parties ziehe ich die Aufmerksamkeit der anderen auf mich
5. Ich komme beim anderen Geschlecht gut an
6. Ich wirke auf das andere Geschlecht attraktiv
7. Ich habe Einfluß auf das Verhalten anderer Leute
8. Auf Einladungen habe ich eine starke Ausstrahlung
9. In Gesellschaft kann ich mir so ziemlich alles erlauben
10. Mein Auftreten löst oft bewundernde Blicke aus

SOK = Soziale Kompetenz

(SOK 21)

stimmt gar nicht
stimmt ein wenig
stimmt weitgehend
stimmt vollkommen

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Manchmal spreche ich wildfremde Menschen an | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Ich ergreife jede Gelegenheit, neue Menschen kennen-
zulernen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Ich ziehe unbekannte Personen ins Gespräch mit hinein | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Ich bin lebenshungrig..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Ich lächle fremde Personen zuerst an | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 6. Ich zeige anderen als erste(r) meine Zuneigung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 7. Sympathische Menschen lade ich spontan nach Hause ein | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Ich erweitere ständig meinen Bekanntenkreis | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Ich knüpfe gerne mit Personen des anderen Geschlechts
ein Gespräch an | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Ich gehe auf Personen des anderen Geschlechts zu | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

DA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAIXA POSTAL 8091

SÃO PAULO - BRASIL

MAX-PLANCK-INSTITUT FOR PSYCHIATRIE

DEUTSCHE FORSCHUNGSANSTALT FOR PSYCHIATRIE

KRAEPELINSTRASSE 10

8000 MÜNCHEN 40

Estimado(a) Participante,

Desejamos aqui solicitar do Sr.(a), a sua colaboração com uma pesquisa científica, que está sendo realizada pela Divisão de Clínica e Serviço de Psicologia do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pelo Instituto de Psiquiatria "Max Planck" na Alemanha.

O presente questionário contém perguntas sobre o "stress" e medo e muitos outros fatores da vida moderna, que influenciam os diversos setores da vida de cada um de nós hoje em dia. Porém não se trata aqui de um teste onde haja respostas "certas" ou "erradas".

Por este motivo solicitamos do Sr.(a) responder as perguntas com muita objetividade (não imaginar situações) e tranquilidade e sobretudo sem interferências de outras pessoas, isto é, responda-as sozinho.

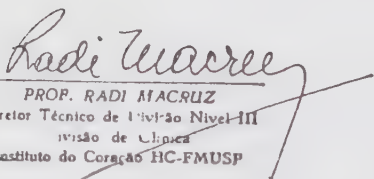
Nós garantimos a todos os participantes, sem exceção, que cada um destes questionários bem como as suas respectivas respostas serão

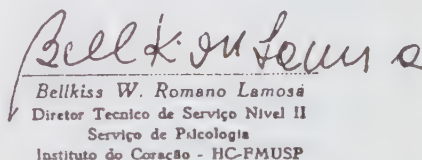
O Sr.(a) não necessita portanto mencionar aqui, nem o seu nome, nem dados pessoais capazes de identificar-lo depois.

Ficariamos muitíssimos gratos e satisfeitos se o Sr.(a) respondesse o questionário, e o entregasse de volta o mais depressa possível.

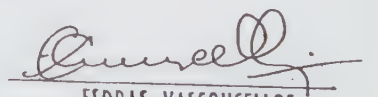
O Instituto de pesquisa alemão e em especial o Instituto do Coração deseja aqui agradecer antecipadamente a vossa preciosa colaboração e participação.

Atenciosamente,


PROP. RADI MACRUZ
Diretor Técnico de Divisão Nivel-III
Divisão de Clínica
Instituto do Coração HC-FMUSP


Belkiss W. Romano Lamosa
Diretor Técnico de Serviço Nivel II
Serviço de Psicologia
Instituto do Coração - HC-FMUSP


Professor J. C. Brengelmann
Dr. med., Dr. rer. nat., Ph. D.
Head, Department of Psychology
Max-Planck-Institute of Psychiatry
Kraepelinstrasse 10
D-8000 München 40
Germany


ESDRAS VASCONCELLOS
DIPLOM PSYCHOLOGE
Dachauer Str. 23/IV
8000 München 2, Tel. 595165
Administracao do Projeto

V	P	N	R		A
---	---	---	---	--	---

PARTE A

I. Dados populacionais

II. Dados individuais

III. Dados médicos

LEIA ESTAS INFORMAÇÕES ANTES DE RESPONDER ÀS QUESTÕES

* Na tentativa de abranger o maior número possível de fatores e reações de stress, o número de questões é extenso, e suas perguntas, muitas vezes, chegam a ser semelhantes entre si. Para nós, é importante que o Sr. (a) responda TODAS as perguntas.

* Repetimos novamente que a escolha das pessoas é casual, não possibilitando identificação posterior — assim sendo, o Sr. (a) deverá responder às questões, levando em conta o seu ponto de vista REAL e não ideal (o que o Sr. (a) verdadeiramente é, e não o que gostaria de ser).

* Este questionário não é nenhum teste de personalidade! Nem tem nenhuma ligação com o atendimento psicológico que o Sr. (a) recebe aqui no Instituto.

* Finalmente, pedimos que, para o bom desenvolvimento de nossa pesquisa, O Sr. (a) se compromissa, efetivamente, em responder às três partes do nosso questionário.

PROJEKT **S B R**VP-NR. FB-CODE **K R**KA.-NR. **0 1**LEER **11**

I - DADOS POPULACIONAIS

1. IDADE

--	--

12 - 13

2. SEXO

	1
masculino	

	2
feminino	

14

3. TAMANHO

--	--	--

15 - 17

4. PESO

--	--

18 - 19

5. GRAU DE ESCOLARIDADE

20

primário ou ginásial incompleto

ginásial completo

colegial incompleto

colegial completo

curso profissionalizante incompl.

curso profissionalizante completo

superior incompleto

superior completo

	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7
	8

6. ÚLTIMA ATIVIDADE PROFISSIONAL

Operário
Técnico especializado
Empregado de escritório
Funcionário público
Autônomo
Aposentado
Trabalhos domésticos
(prendas do lar ou empregada)

	1
	2
	3
	4
	5
	6
	7

21

7. HORAS DE TRABALHO SEMANAIS

(no emprego, em casa e/ou outros lugares juntos)

até 40 horas
de 41 a 50 horas
de 51 a 60 horas
de 61 a 70 horas
acima de 71 horas

	1
	2
	3
	4
	5

22

8. RENDIMENTOS MENSAIS LÍQUIDOS

(Apenas o seu rendimento mensal líquido!)

até Cr\$ 50.000,00
de Cr\$ 51.000,00 a Cr\$ 100.000,00
de Cr\$ 101.000,00 a Cr\$ 150.000,00
de Cr\$ 151.000,00 a Cr\$ 200.000,00
acima de Cr\$ 201.000,00

	1
	2
	3
	4
	5

23

9. QUANTO DE INICIATIVA PRÓPRIA VOCÊ PODE UTILIZAR ...

	... NA VIDA PARTICULAR			... NO TRABALHO	
nenhuma		1	nenhuma		1
pouca		2	pouca		2
mais ou menos		3	mais ou menos		3
bastante		4	bastante		4
total		5	total		5

24-25

10. QUANTO VOCÊ TEM DE LIBERDADE ...

	... NA VIDA PARTICULAR			... NO TRABALHO	
nenhuma		1	nenhuma		1
pouca		2	pouca		2
mais ou menos		3	mais ou menos		3
bastante		4	bastante		4
total		5	total		5

26-27

II. DADOS INDIVIDUAIS

A. SOBRECARGA (TIPO A)

	CONCORDO				
	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu me encontro constantemente sob a pressão do tempo.	☐	☐	☐	☐	28
2. Comparando-me com outras pessoas no mesmo estado que o meu, eu me levanto mais cedo que elas.	☐	☐	☐	☐	29
3. Eu fico aborrecido(a) quando meu (minha) companheiro(a) me deixa esperando por longo tempo.	☐	☐	☐	☐	30
4. Quando os outros são vagarosos, prefiro fazer, eu mesmo, o trabalho.	☐	☐	☐	☐	31
5. Eu levo muito a sério as minhas obrigações.	☐	☐	☐	☐	32
6. Determinadas tarefas da minha vida me sobrecarregam muito.	☐	☐	☐	☐	33
7. A sobrecarga me deixa nervoso.	☐	☐	☐	☐	34
8. Eu tenho muitas ambições.	☐	☐	☐	☐	35
9. Eu me sobrecarrego frequentemente.	☐	☐	☐	☐	36

CONCORDO

5

NÃO
1

UM POUCO
2

EASTANTE
3

TOTALMENTE
4

10. Quando alguém está explicando algo e não sabe como prosseguir, eu o interrompo e o ajudo.

37

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11. Fico irritado quando pessoas preguiçosas atrasam o trabalho.

38

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Fico aborrecido quando tenho que esperar muito num escritório ou numa loja.

39

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

13. Eu tenho constantemente o sentimento de que o tempo voa.

40

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

14. No trabalho eu faço as coisas com mais precisão que os outros.

41

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

15. Eu estou sempre com pressa, quando tenho que fazer algo.

42

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

16. Enquanto todas as tarefas não estiverem cumpridas, eu não consigo relaxar adequadamente.

43

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

17. Quando faço a mesma tarefa que os outros, eu produzo mais.

44

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

CONCORDO

6

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1

2

3

4

18. Eu fico sempre tenso, quando tenho muitas coisas para fazer ao mesmo tempo.

45

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

19. Eu faço questão, de que minhas obrigações sejam realizadas, sempre o mais depressa possível.

46

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

20. Mesmo nas horas de lazer, eu penso frequentemente nas tarefas, que ainda tenho que cumprir.

47

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

B. "RATING" GLOBAL DE STRESS E MEDO

Indique aqui quanto você sentiu de medo e quanto se sentiu sobrecarregado ("stress") nesse último ano.

Leia todas as alternativas de resposta antes e escolha então uma única para cada situação.

MEDO

- (1) Eu não senti nenhum medo, mesmo em situações desagradáveis, não tive medo ou receios. ☐
- (2) Eu senti um pouco de medo. Porém não me apavorei. Em situações difíceis pude, apesar de tudo, me controlar. ☐
- (3) Eu senti medo mais ou menos. Situações intranquilas provocaram medo em mim várias vezes. ☐
- (4) Eu senti muito medo. Meus receios e medos foram tão fortes que me incomodaram constantemente. ☐
- (5) Eu senti muitíssimo medo. Eu sofri muito com esses medos, que prejudicaram muito minha vida e limitaram muito minhas atividades. Ele tornou-se quase que insuportável. ☐

48

STRESS

- (1) Não estive sobrecarregado. Eu não me senti assim nenhuma vez. Nem no trabalho, nem na vida particular. ☐

49

- (2) Eu estive um pouco sobrecarregado. As exigências feitas sobrecarregam-me um pouco, porém eu pude permanecer calmo e tranquilo. ☐
- (3) Eu estive mais ou menos sobrecarregado. Em situações dessa natureza estive frequentemente tenso. ☐
- (4) Eu estive muito sobrecarregado. Situações problemáticas e de exigências me sobrecarregaram de tal maneira, que me fizeram sentir tenso e sob pressão. Isso me prejudicou muito. ☐
- (5) Eu estive multíssimo sobrecarregado. Eu senti essa sobrecarga tão fortemente que não conseguia mais me relacionar. Estive sempre esgotado e minha vida ficou limitada ☐

C. QUALIDADE DE VIDA

* Nesse último ano que decorreu em sua vida, com que frequência você ...

(Coloque uma cruz para cada item: trabalho, vida particular, em outras atividades)

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	SEMPRE
1	2	3	4	5

24. ... sentiu medo

no trabalho

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

50

na vida particular

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

51

em outras atividades

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

52

25. ... se sentiu sobrecarregado

no trabalho

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

53

na vida particular

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

54

em outras atividades

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

55

27. ... se sentiu limitado

no trabalho

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

56

na vida particular

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

57

em outras atividades

☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

58

28. ... se sentiu capaz de participar

do trabalho

da vida particular

em outras atividades

NUNCA

RARAMENTE

ALGUMAS VEZES

FREQUENTEMENTE

SEMPRE

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

59

60

61

31. ... se sentiu feliz

no trabalho

na vida particular

em outras atividades

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

62

63

64

32. ... se sentiu infeliz

no trabalho

na vida particular

em outras atividades

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

65

66

67

33. ... se sentiu triste

no trabalho

na vida particular

em outras atividades

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

68

69

70

34. ... se sentiu alegre

no trabalho

na vida particular

em outras atividades

☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

71

72

73

PROJEKT **S** **B** **R**VP-NR. ☐ ☐ ☐ ☐FB-CODE **K** **R**KA.-NR. **0** **2**LEER **1** **1**

CONCORDO

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

D. MODO DE VIDA

	1	2	3	4	
1. Eu encontro uma saída para todas as situações de vida.	☐	☐	☐	☐	12
2. Eu seleciono tudo, afim de que as coisas mais importantes sejam resolvidas em primeiro lugar.	☐	☐	☐	☐	13
3. Eu percebo as intenções das pessoas, melhor que os outros.	☐	☐	☐	☐	14
4. Eu faço deduções rápidas e certas sobre condições e consequências.	☐	☐	☐	☐	15
5. Eu atuo com segurança e adequadamente, em todas as situações.	☐	☐	☐	☐	16
6. Em discussões sobre uma determinada situação, eu me familiarizo rapidamente com o assunto	☐	☐	☐	☐	17

		CONCORDO				
		NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
		1	2	3	4	
7.	Eu domino com tranquilidade e calma, até mesmo as situações mais difíceis.	☐	☐	☐	☐	18
8.	Eu consigo perceber os problemas dos outros, com bastante exatidão.	☐	☐	☐	☐	19
9.	Em caso de situações que se modificam frequentemente, eu consigo me adaptar a cada uma delas, rapidamente.	☐	☐	☐	☐	20
10.	Eu sei perfeitamente como se deve pedagogicamente punir ou elogiar.	☐	☐	☐	☐	21
11.	Geralmente tenho flexibilidade de me adaptar à qualquer situação!	☐	☐	☐	☐	22
12.	Eu não exijo nada de excepcional dos outros.	☐	☐	☐	☐	23
13.	Normalmente eu avalio corretamente a minha situação de vida.	☐	☐	☐	☐	24
14.	Eu levo em consideração as necessidades dos outros, o máximo possível.	☐	☐	☐	☐	25

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
15. Eu analiso com bastante cuidado a situação antes, ao invés de reagir emocionalmente.	☐	☐	☐	☐	26
16. Para mim, é fácil, dar o valor adequado aos outros e às suas realizações.	☐	☐	☐	☐	27
17. Após ter compreendido e aceitado uma situação, eu ajo acertada e coerentemente.	☐	☐	☐	☐	28
18. Eu elogio e puno meus conhecidos como se deve fazer.	☐	☐	☐	☐	29
19. Quando duas ou mais pessoas têm problemas entre si, eu reajo com bastante sensibilidade aos problemas deles.	☐	☐	☐	☐	30
20. Eu confio plenamente em todas as pessoas, durante todo o tempo em que elas se comportam convenientemente.	☐	☐	☐	☐	31
21. Se um caminho não me leva adiante, mudo para outro ainda em tempo.	☐	☐	☐	☐	32

NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1	2	3	4

22. Eu exijo dos outros somente aqui
lo que se pode exigir deles, e
não mais que isso.

33

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

23. Eu sei como devo me comportar
diante dos outros

34

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

24. Eu possuo bons conhecimentos so-
bre o ser humano

35

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

25. Eu sei avaliar a capacidade e as
realizações dos meus subordina-
dos

36

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

III. DADOS MÉDICOS

15

A. MEDICAMENTOS

22. Com que frequência você tomou
nesse último ano os medicamentos
abaixo citados:

	NUNCA 1	DE VEZ EM QUANDO 2	1 VEZ POR SEMANA 3	1 VEZ DIARIAMENTE 4	VÁRIAS VEZES AO DIA 5	
1. Calmantes	☐	☐	☐	☐	☐	37
2. Soníferos	☐	☐	☐	☐	☐	38
3. Medicamentos contra dor	☐	☐	☐	☐	☐	39
4. Estimulantes	☐	☐	☐	☐	☐	40
5. Purgativos	☐	☐	☐	☐	☐	41
6. Remédios para o coração, pres_ são ou circulação arterial	☐	☐	☐	☐	☐	42
7. Outros	☐	☐	☐	☐	☐	43

B. ENFERMIDADES

23. Coloque uma cruz no quadrinho que condiz com sua situação atual.

* Como você sente as enfermidades abaixo relacionadas?

	NÃO SINTO NADA	FRACO	SUPORTÁVEL	FORTE	INSUPORTÁVEL	
	1	2	3	4	5	
01. Problemas cardíacos	☐	☐	☐	☐	☐	44
02. Problemas de circulação	☐	☐	☐	☐	☐	45
03. Pressão alta	☐	☐	☐	☐	☐	46
04. Pressão baixa	☐	☐	☐	☐	☐	47
05. Esgotamento em geral	☐	☐	☐	☐	☐	48
06. Sobrecarga nervosa	☐	☐	☐	☐	☐	49
07. Crises de medo	☐	☐	☐	☐	☐	50
08. Problemas de estômago e intestino	☐	☐	☐	☐	☐	51
09. Problemas de fígado e vesícula	☐	☐	☐	☐	☐	52
10. Dores na coluna e costas	☐	☐	☐	☐	☐	53
11. Reumatismo, dores nas juntas	☐	☐	☐	☐	☐	54
12. Asma, bronquite	☐	☐	☐	☐	☐	55

	NÃO SINTO NADA	FRACO	SUPORTÁVEL	FORTE	INSUPORTÁVEL	
	1	2	3	4	5	
13. Obesidade	☐	☐	☐	☐	☐	56
14. Diabetes	☐	☐	☐	☐	☐	57
15. Problemas nos rins e uretra	☐	☐	☐	☐	☐	58
16. Insonia	☐	☐	☐	☐	☐	59
17. Dores de cabeça	☐	☐	☐	☐	☐	60
18. Enxaqueca	☐	☐	☐	☐	☐	61
19. Recuperação pós-operatória	☐	☐	☐	☐	☐	62
20. Sua situação de saúde em geral	☐	☐	☐	☐	☐	63

POR ÚLTIMO

Confira se você respondeu todas as perguntas e depois escreva no quadrado abaixo o número que corresponde à uma única enfermidade que é a mais preocupante para você!

--	--

V	P.	N	R.				B
---	----	---	----	--	--	--	---

PARTE B

Reações de Stress

e stressantes

S T R O 1

CONCORDO

PROJEKT S B

VP-NR. FB-CODE KA-NR. LEER ESPÍRITO COMPETITIVO

	NÃO 1	UM POUCO 2	BASTANTE 3	TOTALMENTE 4	
1. Eu sou muito ambicioso.	☐	☐	☐	☐	12
2. Eu me oriento muito na quantidade de realizações minhas e/ou dos outros.	☐	☐	☐	☐	13
3. Para mim é muito importante, que eu pertença à classe dos melhores e mais bem sucedidos.	☐	☐	☐	☐	14
4. Ambição de sucesso e realizações sólidas, têm um grande significado para mim.	☐	☐	☐	☐	15
5. Eu dou mais valor às grandes realizações, do que outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	16
6. Alcançar um nível de produção mais elevado, é para mim algo muito importante.	☐	☐	☐	☐	17
7. Eu tenho um acentuado interesse por boas realizações.	☐	☐	☐	☐	18

CONCORDO

19

NÃO

1

UM POUCO

2

BASTANTE

3

TOTALMENTE

4

8. Quando tenho um grande sucesso no trabalho, conto frequentemente para os outros.

19

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9. Eu considero o fator sucesso na vida, como algo muitíssimo importante.

20

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. Eu conto com satisfação dos grandes êxitos que já tive em minha vida

21

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ASPIRAÇÕES ECONÔMICAS

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu me esforço constantemente, para expandir meus bens econômicos.	☐	☐	☐	☐	22
2. Eu desejo ardentemente, ter um padrão de vida mais elevado.	☐	☐	☐	☐	23
3. Eu penso frequentemente, como eu poderia ganhar mais dinheiro.	☐	☐	☐	☐	24
4. Eu trabalho intensivamente com o objetivo, de aumentar mais ainda os meus bens.	☐	☐	☐	☐	25
5. Eu tenho uma necessidade acentuada, de adquirir mais bens materiais.	☐	☐	☐	☐	26
6. Eu faço tudo, para melhorar minha situação financeira.	☐	☐	☐	☐	27
7. Eu discuto sempre, sobre a maneira de alcançar um padrão de vida mais alto.	☐	☐	☐	☐	28
8. Eu me esforço muito, para poder produzir muito mais, do que eu já produzo.	☐	☐	☐	☐	29

	CONCORDO				
	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
9. Eu me propus a objetivos econômicos elevados.	☐	☐	☐	☐	30
10. Eu estudo sempre uma forma para melhorar minha situação econômica.	☐	☐	☐	☐	31

PREOCUPAÇÃO

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1

2

3

4

1. De vez em quando, eu saio de uma crise e entro na outra.

☐☐☐☐

32

2. Em mim predomina mais a tristeza, do que a alegria.

☐☐☐☐

33

3. Preocupações me roubam frequentemente, o sono.

☐☐☐☐

34

4. De tantas preocupações, muitas vezes, eu não encontro mais as saídas.

☐☐☐☐

35

5. Eu tenho que suportar muitos aborrecimentos.

☐☐☐☐

36

6. Minhas preocupações nunca terminam.

☐☐☐☐

37

7. Minha vida é um sofrimento.

☐☐☐☐

38

8. Eu tenho que passar por muitos momentos difíceis.

☐☐☐☐

39

9. A vida sempre me traz novas preocupações.

☐☐☐☐

40

10. Eu tenho muitos problemas, que me pesam no estômago.

NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

FREQUÊNCIA DE CONFLITOS

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
	1	2	3	4
1. Eu tenho frequentemente, discus- sões com outras pessoas.	☐	☐	☐	☐
2. Determinadas pessoas me irritam, verdadeiramente.	☐	☐	☐	☐
3. Eu estou descontente, com o compor- tamento de determinadas pessoas para comigo.	☐	☐	☐	☐
4. Eu me irritito rapidamente, quando estou junto com determinadas pes- soas.	☐	☐	☐	☐
5. A presença de determinadas pes- soas, desperta facilmente meus sentimentos agressivos.	☐	☐	☐	☐
6. Existem algumas pessoas, com as quais eu tenho muitos aborreci- mentos.	☐	☐	☐	☐
7. Existem pessoas, com as quais eu, simplesmente, não consigo evitar atritos.	☐	☐	☐	☐

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
8. Eu discuto com os outros, mais do que todo mundo.	☐	☐	☐	☐	49
9. Eu tenho conhecidos, com os quais eu tenho discussões constantes.	☐	☐	☐	☐	50
10. Com determinadas pessoas, eu não consigo simplesmente me conciliar.	☐	☐	☐	☐	51

ACÚMULO DE CONFLITOS

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu tenho dificuldades de dar vazão à minha raiva.	☐	☐	☐	☐	52
2. Eu evito discussões com meus amigos.	☐	☐	☐	☐	53
3. Eu evito falar temas que geram conflitos, em uma conversa.	☐	☐	☐	☐	54
4. Eu prefiro esconder o meu aborrecimento, a mostrá-lo abertamente.	☐	☐	☐	☐	55
5. Eu prefiro disfarçar os problemas que tenho com meus amigos, que abordá-los diretamente.	☐	☐	☐	☐	56
6. Quando eu e uma pessoa bem próxima, temos problemas um com outro, tenho dificuldades de dizer-lhe a verdade sobre o que penso e sinto.	☐	☐	☐	☐	57
7. Existem muitas coisas que me sobrecarregam emocionalmente, porém nunca as expesso a ninguém.	☐	☐	☐	☐	58

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
8. Em mim se acumulam muitos assuntos e conflitos, dos quais eu nunca digo nada.	☐	☐	☐	☐	59
9. Eu não tenho coragem de criticar abertamente uma pessoa próxima.	☐	☐	☐	☐	60
10. Eu reprimo frequentemente meus sentimentos agressivos.	☐	☐	☐	☐	61

PESSIMISMO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
	1	2	3	4
1. Para mim, a vida é geralmente um martírio.	☐	☐	☐	☐
2. Frequentemente, meu futuro me parece cinza e sombrio.	☐	☐	☐	☐
3. De vez em quando, eu desejo não existir.	☐	☐	☐	☐
4. Eu observo minha vida, sem ter qualquer alegria em observá-la.	☐	☐	☐	☐
5. Eu não tenho confiança nenhuma no futuro.	☐	☐	☐	☐
6. Eu sinto que poucas coisas alegres irão acontecer em minha vida.	☐	☐	☐	☐
7. O futuro vai me trazer poucas alegrias.	☐	☐	☐	☐
8. Eu sinto que muitas coisas horripáveis vêm ao meu encontro.	☐	☐	☐	☐
9. Eu não posso esperar muitas coisas boas do futuro.	☐	☐	☐	☐

10. Eu não posso olhar o futuro com
confiança.

NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

ESGOTAMENTO

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1. Eu não estou mais apto pa
ra as várias exigências
feitas a mim.

1

2

3

4

☐☐☐☐

12

2. Pesa-me muito, fazer tra-
balhos árduos.

☐☐☐☐

13

3. Eu tenho a impressão, de
que meu potencial de pro-
dução decaiu fortemente.

☐☐☐☐

14

4. Eu, no que concerne à pro-
dução, não consigo mais
preencher as expectativas
feitas à minha pessoa.

☐☐☐☐

15

5. Minha capacidade de con-
centração e de perseveran-
ça no trabalho, estão de-
caindo acentuadamente.

☐☐☐☐

16

6. Eu não posso trabalhar ade-
quadamente, porque eu es-
tou fisicamente esgotado.

☐☐☐☐

17

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
7. Eu receio, que dentro em breve, não vou conseguir satisfazer mais, as exigências diárias que são feitas a mim.	☐	☐	☐	☐	18
8. Durante o dia, só com grandes dificuldades, é que consigo me concentrar no trabalho.	☐	☐	☐	☐	19
9. Durante o dia, sinto-me tenso e cansado.	☐	☐	☐	☐	20
10. Depois de duas horas de trabalho, já me sinto totalmente esgotado.	☐	☐	☐	☐	21

RESSONÂNCIA CORPORAL

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Quando eu me aborreço, minhas do- res ficam mais fortes.	☐	☐	☐	☐	22
2. Aborrecimentos e raivas podem pro- vocar em mim dores corporais.	☐	☐	☐	☐	23
3. Preocupações e sofrimentos aumen- tam minhas dores.	☐	☐	☐	☐	24
4. Quando eu tenho problemas pessoais difíceis, sinto mal-estar no cor- po.	☐	☐	☐	☐	25
5. Se eu tenho que lutar com grandes dificuldades contra alguma coisa , isso pode me deixar doente.	☐	☐	☐	☐	26
6. Fatalidades do destino prejudica - ram minha saúde física.	☐	☐	☐	☐	27
7. Quando estou em estado de excita - ção, meus problemas de saúde fisi- ca aumentam.	☐	☐	☐	☐	28
8. Preocupações e problemas prejudica ram minha saúde.	☐	☐	☐	☐	29

9. Quando penso nos meus problemas
atuais, me sinto, fisicamente mal.

NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

30

10. Quanto mais sob pressão externa
eu me encontro, tanto mais fortes
são as minhas dores,

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

31

INTENSIFICAÇÃO DE ESFORÇOS

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1

2

3

4

1. Mesmo durante as férias, eu não consigo desligar adequadamente os meus pensamentos do trabalho.

☐☐☐☐

32

2. Eu não consigo relaxar o suficiente nas férias, porque eu penso nos meus problemas.

☐☐☐☐

33

3. Mesmo durante as férias, eu não relaxo suficientemente.

☐☐☐☐

34

4. Durante o meu tempo livre e de lazer, penso constantemente nos meus problemas.

☐☐☐☐

35

5. Mesmo depois de encerrado o expediente, não consigo me desligar adequadamente.

☐☐☐☐

36

6. Mesmo no fim do dia, não consigo relaxar.

☐☐☐☐

37

7. No meu tempo de lazer, eu tenho sempre muito trabalho para fazer.

☐☐☐☐

38

CONCORDO

35

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1

2

3

4

39

8. Mesmo depois de efetuadas minhas tarefas diárias, não consigo pensar em relaxar.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

40

9. Até mesmo nos fins-de-semana , não consigo esquecer as tarefas e obrigações, que ainda não foram resolvidas.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

41

10. O que me impede do necessário relaxamento, são as diversas obrigações que tenho a cumprir.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE PRODUÇÃO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
	1	2	3	4
1. Quando me encontro sob pressão, <u>te</u> nho que respirar fundo.	☐	☐	☐	☐
2. Quando algo sai errado, não consi- go relaxar por muito tempo.	☐	☐	☐	☐
3. Eu fico extremamente nervoso, quan- do tenho que realizar algo importan- te, com rapidez e corretamente.	☐	☐	☐	☐
4. Quanto maior for a exigência feita, tanto mais forte eu sinto sobrecar- ga.	☐	☐	☐	☐
5. Sob pressão, o meu cérebro trava - lha mais devagar, que o normal.	☐	☐	☐	☐
6. Quando me é imposta muita responsa- bilidade, faço erros facilmente.	☐	☐	☐	☐
7. Exigências muito altas, diminuem acentuadamente minha capacidade de produção.	☐	☐	☐	☐
8. Em exames difíceis, eu caio de re- pente sob tamanha pressão, que meus pensamentos ficam totalmente blo- queados.	☐	☐	☐	☐

9. Em situações críticas, eu tenho
sentimentos de sobrecarga in-
suportáveis.

NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

50

10. Quando me é dada uma grande res-
ponsabilidade, fico totalmente
embaraçado.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

51

TENSÃO MUSCULAR

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Meus músculos estão sempre con- traídos, de tanta tensão.	☐	☐	☐	☐	52
2. Os músculos de minha nuca estão sempre tensos.	☐	☐	☐	☐	53
3. Devido à tensão interior, eu gas- to muito mais energias que outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	54
4. Mesmo nos momentos de lazer, os meus músculos estão ainda tensos.	☐	☐	☐	☐	55
5. De vez em quando, eu sinto os mús- culos do meu ombro, verdadeiramen- te endurecidos.	☐	☐	☐	☐	56
6. Já de manhã cedo, eu sinto que os meus músculos estão bem tensos.	☐	☐	☐	☐	57
7. Por me encontrar todo o tempo em "stress" permanente, é impossível aos meus músculos, relaxarem.	☐	☐	☐	☐	58
8. Mesmo quando estou em repouso, os meus músculos permanecem tensos.	☐	☐	☐	☐	59

9. Mesmo sem motivos, eu estou ten
so.

NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

60

10. De vez em quando, minhas costas
inteiras, parecem estar endure-
cidas pela tensão.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

61

PERDA DE CONTROLE

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
	1	2	3	4
1. Eu não tenho nenhuma possibilidade de controlar a minha vida.	☐	☐	☐	☐
2. Eu não posso fazer nada para influenciar o meu modo de vida.	☐	☐	☐	☐
3. Eu não tenho mais nada para determinar na minha vida.	☐	☐	☐	☐
4. Eu não tenho mais nenhuma tarefa a cumprir.	☐	☐	☐	☐
5. Eu não posso mais dirigir, eu mesmo, a minha própria vida.	☐	☐	☐	☐
6. Eu não tenho mais nenhum trunfo em minhas mãos.	☐	☐	☐	☐
7. Eu não possuo nenhuma capacidade de dirigir a minha vida, para o caminho desejado.	☐	☐	☐	☐
8. Eu não sou capaz de sustentar o meu próprio ser.	☐	☐	☐	☐
9. Ninguém me dá ouvidos.	☐	☐	☐	☐

6

6

6

6

6

6

6

6

6

7

10. Eu não tenho mais nenhuma influên
cia no percurso da minha vida.

NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

71

RESPONSABILIDADE E IDENTIDADE

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1 2 3 4

1. Eu cumpro meus compromissos com responsabilidade e integridade.

☐☐☐☐

2. Eu realizo todos os meus trabalhos com grande esmero.

☐☐☐☐

3. Nas coisas importantes, eu cumpro todas as ordens com exatidão.

☐☐☐☐

4. Eu faço tudo, para que os costumes que me trouxeram consequências positivas, continuem sendo praticados.

☐☐☐☐

5. Eu planejo minhas tarefas cuidadosa e minuciosamente.

☐☐☐☐

6. Eu admiro e valorizo boas tradições.

☐☐☐☐

7. Eu cumpro com exatidão aquilo que combino com alguém.

☐☐☐☐

12

13

14

15

16

17

18

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
8. Eu penso detalhadamente em cada etapa de um empreendimento, antes de modificar algo importante.	☐	☐	☐	☐	19
9. Tratando-se de coisas importantes, dou muito valor ao cumprimento de todos os pontos combinados.	☐	☐	☐	☐	20
10. No relacionamento com outras pessoas eu sou muito consciencioso e íntegro.	☐	☐	☐	☐	21

SERIEDADE

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu sempre encontro nos outros, um "ouvido aberto" para os meus problemas.	☐	☐	☐	☐	2
2. Meus problemas são sempre encarados com seriedade pelos meus conhecidos.	☐	☐	☐	☐	2
3. Minhas dificuldades são sempre resolvidas, quando eu as discuto com amigos.	☐	☐	☐	☐	2
4. Eu sempre encontro pessoas, que me dedicam tempo e atenção.	☐	☐	☐	☐	2
5. Existem muitas pessoas, que se interessam por mim.	☐	☐	☐	☐	2
6. Se eu permitir, meus amigos sempre participam de minhas preocupações.	☐	☐	☐	☐	2
7. Em momentos difíceis, tem sempre alguém que me encoraja.	☐	☐	☐	☐	2
8. Meus problemas são sempre tomados a sério por alguém.	☐	☐	☐	☐	2

CONCORDO

45

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1

2

3

4

9. Eu sempre encontro amigos, que me deixam desabafar e me escutam com paciência.

30

☐
☐
☐
☐

10. Tem sempre alguém que está disposto a se colocar na minha situação.

31

☐
☐
☐
☐

FRANQUEZA

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
	1	2	3	4
1. Eu digo abertamente a todos o que penso.	☐	☐	☐	☐
2. Eu gosto de me mostrar aos outros com muita franqueza.	☐	☐	☐	☐
3. Numa discussão, eu sempre exponho claramente os meus argumentos.	☐	☐	☐	☐
4. Eu gosto de falar as coisas, exatamente como elas são.	☐	☐	☐	☐
5. Eu estou acostumado a expressar o meu pensamento abertamente.	☐	☐	☐	☐
6. Eu digo a verdade, tal qual a sinto.	☐	☐	☐	☐
7. Eu gosto de revelar meus sentimentos, como eles são verdadeiramente.	☐	☐	☐	☐
8. Para mim é fácil expor meus problemas abertamente num grupo.	☐	☐	☐	☐

NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1	2	3	4

9. Para mim também não é difícil dis
cutir abertamente, sobre coisas
pessoais.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

40

10. Em casos problemáticos, gosto de
dizer as coisas francamente.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

41

LIBERDADE DE AÇÃO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu posso sempre realizar meus planos particulares, como eu bem desejo.	☐	☐	☐	☐	42
2. Na vida diária, eu tenho bastante espaço e liberdade para agir.	☐	☐	☐	☐	43
3. Eu posso estruturar meu tempo de lazer, como eu desejo.	☐	☐	☐	☐	44
4. Meus amigos me apoiam a seguir o meu caminho, independentemente.	☐	☐	☐	☐	45
5. Eu posso, quase sempre, realizar os meus interesses satisfatoriamente.	☐	☐	☐	☐	46
6. Eu posso sempre, independentemente, tomar minhas decisões pessoais.	☐	☐	☐	☐	47
7. Eu posso praticar meus "hobbies", sem ser perturbado.	☐	☐	☐	☐	48
8. Os meus amigos me encorajam a seguir os meus desejos próprios.	☐	☐	☐	☐	49

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
9. Eu posso fazer, ou deixar de fazer, praticamente tudo o que deseje.	☐	☐	☐	☐	50
10. No âmbito particular, eu tenho to- da a liberdade de que necessito.	☐	☐	☐	☐	51

RESOLUÇÃO DE CONFLITO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Afim de solucionar um conflito, de vez em quando, eu também peço desculpas a outrem.	☐	☐	☐	☐	52
2. Em situações emocionais carregadas, eu nunca faço observações negativas sobre os outros.	☐	☐	☐	☐	53
3. Eu consigo suportar bem, críticas negativas.	☐	☐	☐	☐	54
4. Em casos de conflitos, eu sempre encontro uma solução, que satisfaça a todos.	☐	☐	☐	☐	55
5. Praticamente, eu estou sempre disposto a um acordo.	☐	☐	☐	☐	56
6. Eu sempre tomo cuidado, para não ferir os sentimentos de outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	57
7. Eu consigo bem, permanecer objetivo, quando tenho discussões emocionais com alguém.	☐	☐	☐	☐	58

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
8. Eu consigo dissolver desentendi - mentos, através de uma conversa com as pessoas envolvidas.	☐	☐	☐	☐	59
9. Para a resolução de temas muito discutíveis, sugiro sempre às pessoas, uma solução, através de decisões mútuas.	☐	☐	☐	☐	60
10. Praticamente eu consigo sempre, encontrar uma solução geral e sa- tisfatória, para os problemas em pauta.	☐	☐	☐	☐	61

OTIMISMO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu me sinto confiante, quando penso no futuro.	☐	☐	☐	☐	6
2. Eu ainda espero ter muitas alegrias na minha vida.	☐	☐	☐	☐	6
3. Pensar sobre o futuro, me traz um sentimento agradável.	☐	☐	☐	☐	5
4. Quando penso no futuro, sinto um verdadeiro bem-estar.	☐	☐	☐	☐	6
5. Eu ainda tenho muitas coisas agradáveis para viver.	☐	☐	☐	☐	6
6. Eu olho o futuro com confiança.	☐	☐	☐	☐	6
7. Eu sempre vou continuar sendo uma pessoa otimista.	☐	☐	☐	☐	68
8. Meu futuro ainda vai me trazer muitos momentos agradáveis.	☐	☐	☐	☐	69
9. Eu espero do futuro muitas modificações positivas.	☐	☐	☐	☐	70
10. Eu já projetei os alicerces do meu futuro sobre boa base.	☐	☐	☐	☐	71

S T R 1 9

CONCORDO

PROJEKT S B R

VP.-NR.

FB-CODE R E

KA.-NR. 0 6

LEER 1 1

AUTO-DETERMINAÇÃO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu ajo sempre, por minha decisão própria.	☐	☐	☐	☐	12
2. Eu influencio os acontecimentos da minha vida, com a minha própria força.	☐	☐	☐	☐	13
3. Eu sozinho, determino o rumo da minha vida.	☐	☐	☐	☐	14
4. O comando da minha vida, faço eu mesmo.	☐	☐	☐	☐	15
5. Eu estruturo minha vida baseado nos meus próprios princípios.	☐	☐	☐	☐	16
6. Eu sigo o meu caminho próprio, ao invés de deixar que os outros, determinem sobre a minha vida.	☐	☐	☐	☐	17
7. O dirigente da minha vida sou eu mesmo.	☐	☐	☐	☐	18

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
8. Eu sou, eu mesmo, o responsável pelo desenrolar da minha existência.	☐	☐	☐	☐	19
9. Somente eu mesmo, sou responsável pela estruturação da minha vida.	☐	☐	☐	☐	20
10. Eu sigo os objetivos da minha vida, sem deixar me influenciar por outros.	☐	☐	☐	☐	11

DOMÍNIO DE VIDA

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Através de minhas próprias habili- dades, resolvo os problemas da mi- nha vida.	☐	☐	☐	☐	22
2. Eu sou bem consciente de mim mes- mo.	☐	☐	☐	☐	23
3. Mesmo em situações difíceis, man- tenho totalmente a minha força de resolução.	☐	☐	☐	☐	24
4. Eu me sinto preparado, para enfren- tar qualquer tarefa dessa vida.	☐	☐	☐	☐	25
5. Eu confio muito em mim mesmo.	☐	☐	☐	☐	26
6. Eu tenho bastante auto-confiança.	☐	☐	☐	☐	27
7. Em situações difíceis, resolvo so- zinho meus problemas.	☐	☐	☐	☐	28
8. Eu confio sempre nas minhas for- ças.	☐	☐	☐	☐	29
9. Eu estou seguro de mim mesmo.	☐	☐	☐	☐	30
10. Eu domino as situações difíceis, através de resoluções firmes.	☐	☐	☐	☐	31

CAPACIDADE DE RELAXAMENTO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu consigo relaxar completamente, com bastante facilidade.	☐	☐	☐	☐	32
2. O provérbio "depois do trabalho é bom descansar" é bem acertado para mim.	☐	☐	☐	☐	33
3. Eu me sinto totalmente relaxado.	☐	☐	☐	☐	34
4. Tão logo eu me sento no sofá, à noite, em casa, eu relaxo totalmente.	☐	☐	☐	☐	35
5. Quando me deito na cama, me sinto total e agradavelmente relaxado.	☐	☐	☐	☐	36
6. Uma reunião à noite, em companhia de pessoas agradáveis, me faz esquecer todos os meus problemas.	☐	☐	☐	☐	37
7. Depois de um banho quente, todas as minhas tensões do dia desaparecem.	☐	☐	☐	☐	38

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
8. Num jantar gostoso, com pessoas agradáveis, me distancio dos meus problemas do dia-dia.	☐	☐	☐	☐	39
9. Eu consigo relaxar num curto espaço de tempo.	☐	☐	☐	☐	40
10. Mesmo nos momentos mais difíceis, eu encontro uma possibilidade de relaxar.	☐	☐	☐	☐	41

CONTROLE DE IRRITABILIDADE

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Mesmo quando estou interiormente agitado, exteriormente eu me mostro tranquilo.	☐	☐	☐	☐	42
2. Eu controlo os meus sentimentos e aborrecimentos tão bem, que eles, exteriormente, não são percebidos.	☐	☐	☐	☐	43
3. Eu não deixo ninguém perceber minha raiva.	☐	☐	☐	☐	44
4. Eu tenho sempre os meus aborrecimentos sobre controle.	☐	☐	☐	☐	45
5. Mesmo quando eu estou bem irritado, tenho os meus sentimentos na mão.	☐	☐	☐	☐	46
6. Eu sei controlar meus aborrecimentos, melhor que os outros.	☐	☐	☐	☐	47
7. Eu posso esconder o meu rancor, melhor que os outros.	☐	☐	☐	☐	48
8. Eu posso esconder bem, até mesmo, excitações fortes.	☐	☐	☐	☐	49

CONCORDO

59

NÃO
1
UM POUCO
2
BASTANTE
3
TOTALMENTE
4

9. Eu reprimo meus sentimentos de
irritação, melhor que os outros.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

50

10. Eu controlo minha cólera, melhor
que os outros.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

51

CAPACIDADE DE DECISÃO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu decido rápida e continuamente.	☐	☐	☐	☐	53
2. Na maioria das vezes, eu me decido rápida e acertadamente.	☐	☐	☐	☐	54
3. Eu possuo uma boa força de resolução.	☐	☐	☐	☐	55
4. Eu me decido rapidamente e sem refletir muito.	☐	☐	☐	☐	56
5. Eu tenho mais facilidades que outros para fazer boas decisões.	☐	☐	☐	☐	57
6. Em comparação a outros, eu gosto de tomar decisões mais que eles.	☐	☐	☐	☐	58
7. Na maioria das vezes, eu tomo decisões certas.	☐	☐	☐	☐	59
8. Eu faço parte daqueles que têm boa força de decisão.	☐	☐	☐	☐	60
9. Mesmo sob pressão, eu tomo boas decisões.	☐	☐	☐	☐	61
10. Eu prefiro tomar uma decisão rápida, que esperar longamente.	☐	☐	☐	☐	

RIGIDEZ

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu acho muitíssimo importante, al cançar muito na vida.	☐	☐	☐	☐	62
2. Eu sou extremamente ativo.	☐	☐	☐	☐	63
3. Eu acho que sou bem exato.	☐	☐	☐	☐	64
4. Eu observo detalhes com bastante cuidado.	☐	☐	☐	☐	65
5. Eu acho muitíssimo importante, que se alcance sucesso em muitos seto res.	☐	☐	☐	☐	66
6. Eu sou sempre muito cuidadoso.	☐	☐	☐	☐	67
7. Eu admiro muito, grandes realiza ções de qualquer espécie.	☐	☐	☐	☐	68
8. Eu disponho de uma grande força de vontade.	☐	☐	☐	☐	69
9. Eu tenho uma grande aversão, por pessoas preguiçosas.	☐	☐	☐	☐	70
10. Eu alimento uma grande admiração, por pessoas que trabalham árdua - mente.	☐	☐	☐	☐	71

V	P.	N	R.		C
---	----	---	----	--	---

PARTE C

Habilidade e inabilidade

social

S O K O 1

CONCORDO

62

PROJEKT S B F

VP.-NR. 0 0 0

FB.-CODE K C

KA.-NR. 0 7

LEER 1 1

INCOMPETÊNCIA

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
1. Eu me sentiria mais seguro, se conseguisse me expressar melhor.	1	2	3	4	12
	☐	☐	☐	☐	
2. Eu tenho dificuldades, de expressar argumentos com exatidão.					13
	☐	☐	☐	☐	
3. Falta-me a capacidade de expressão, para fazer uma boa explanação.					14
	☐	☐	☐	☐	
4. Em discussões, me falta sempre, a habilidade verbal.					15
	☐	☐	☐	☐	
5. Eu preciso fazer algo, para melhorar minha capacidade de expressão verbal.					16
	☐	☐	☐	☐	
6. Se eu pudesse me expressar bem, eu conseguiria dominar melhor meus relacionamentos pessoais.					17
	☐	☐	☐	☐	
7. A mim, me falta, a capacidade de ser hábil verbalmente,					18
	☐	☐	☐	☐	

CONCORDO

03

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
8. Eu tenho pouca auto-confiança, porque me falta a destreza verbal.	☐	☐	☐	☐	19
9. Se eu tivesse mais treino, eu poderia me expressar melhor.	☐	☐	☐	☐	20
10. Minha inabilidade verbal, me impede de progredir, na minha profissão.	☐	☐	☐	☐	21

INIBIÇÃO

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1

2

3

4

1. Quando tenho que falar a um grupo,
não consigo dizer nada.

☐☐☐☐

22

2. De tanta excitação, não consigo ex-
pressar meus argumentos numa dis-
cussão.

☐☐☐☐

23

3. Quando desejo expressar algo numa
discussão, meu coração bate sempre
mais acelerado.

☐☐☐☐

24

4. Eu perco a fala, quando, de repen-
te, alguém se dirige a mim.

☐☐☐☐

25

5. Quando alguém se dirige a mim, não
consigo, de tanta surpresa, falar
absolutamente nada.

☐☐☐☐

26

6. Eu começo a gaguejar, quando muitas
pessoas estão olhando para mim.

☐☐☐☐

27

7. Em conferências com pessoas impor-
tantes, começo, de repente, a hesi-
tar.

☐☐☐☐

28

8. Quando pessoas do sexo oposto fa-
lam comigo, não consigo responder.

☐☐☐☐

29

9. Sinto-me inibido para falar em grupo.

NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

30

10. Sou inibido em discussões de grupo.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

31

INSEGURANÇA

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1

2

3

4

1. Depois que digo algo, sempre fico em dúvidas se foi sensato o que eu disse.

☐ ☐ ☐ ☐

32

2. Frequentemente eu penso muito em como reativar uma conversa, que não vai adiante.

☐ ☐ ☐ ☐

33

3. Às vezes, os argumentos me ocorrem somente depois da conversa.

☐ ☐ ☐ ☐

34

4. Na hora que consigo expressar minha opinião, o assunto já é outro.

☐ ☐ ☐ ☐

35

5. Em discussões penso frequentemente: "o que voce poderia dizer agora"!

☐ ☐ ☐ ☐

36

6. Em discussões, eu guardo os meus argumentos para mim.

☐ ☐ ☐ ☐

37

7. Mesmo quando tenho objeções justas, me é difícil expressá-las.

☐ ☐ ☐ ☐

38

8. Eu não expresso meus pensamentos, para não deixar uma impressão ruim.

☐ ☐ ☐ ☐

39

	NÃO 1	UM POUCO 2	BASTANTE 3	TOTALMENTE 4	
9. Sinto-me embaraçado, quando pessoas do outro sexo se dirigem a mim.	☐	☐	☐	☐	40
10. Fico inseguro, quando me perguntam a minha opinião.	☐	☐	☐	☐	41

INCAPACIDADE DE PERSUAÇÃO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Poucos me escutam, quando falo algo.	☐	☐	☐	☐	42
2. Às vezes, faço observações sem importância.	☐	☐	☐	☐	43
3. Minhas palavras exercem pouca influência sobre outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	44
4. Meus pontos de vista me fazem, de vez em quando, passar por ridículo.	☐	☐	☐	☐	45
5. Em discussões, não me ocorre nada interessante.	☐	☐	☐	☐	46
6. Falo baixo, quando exponho minha opinião num grupo.	☐	☐	☐	☐	47
7. Ninguém presta atenção, àquilo que digo numa reunião.	☐	☐	☐	☐	48
8. Eu tenho um tom de voz hesitante, quando exponho meus pontos de vista.	☐	☐	☐	☐	49
9. Minhas palavras não têm força de persuasão.	☐	☐	☐	☐	50

10. Eu não sou bem sucedido com aquilo que digo.

NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

51

RETRAIMENTO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu não gosto de falar sobre o que sinto.	☐	☐	☐	☐	52
2. Eu guardo meus pontos de vista para mim.	☐	☐	☐	☐	53
3. Em grupo, eu prefiro deixar os outros falarem.	☐	☐	☐	☐	54
4. Eu não gosto de falar sobre mim mesmo.	☐	☐	☐	☐	55
5. Em grupo eu falo muito pouco.	☐	☐	☐	☐	56
6. Sempre excluo coisas pessoais das conversas.	☐	☐	☐	☐	57
7. Eu não expresso meu pensamento na presença de pessoas estranhas.	☐	☐	☐	☐	58
8. Eu nunca inicio uma conversa.	☐	☐	☐	☐	59
9. Para mim, sentimentos não são assunto para conversas.	☐	☐	☐	☐	60
10. Eu não consigo falar abertamente sobre coisas íntimas.	☐	☐	☐	☐	61

LACONISMO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu sou uma pessoa muito lacônica.	☐	☐	☐	☐	62
2. Eu sou muito quieto.	☐	☐	☐	☐	63
3. Normalmente uso poucas palavras para dizer o que quero.	☐	☐	☐	☐	64
4. Eu não gosto de conversar.	☐	☐	☐	☐	65
5. Eu evito conversar com pessoas estranhas.	☐	☐	☐	☐	66
6. Eu acho que falo pouco.	☐	☐	☐	☐	67
7. Sou sucinto em conversar.	☐	☐	☐	☐	68
8. Eu não gosto de pedir informações a estranhos.	☐	☐	☐	☐	69
9. Minhas considerações em reuniões são feitas com poucas palavras.	☐	☐	☐	☐	70
10. Eu não me deixo estender em conversas longas, mesmo quando as pessoas são conhecidas.	☐	☐	☐	☐	71

ASSOCIABILIDADE

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

	1	2	3	4	
1. Eu tenho dificuldades de contato.	☐	☐	☐	☐	12
2. Eu sou associal.	☐	☐	☐	☐	13
3. Eu tenho poucos contatos.	☐	☐	☐	☐	14
4. Eu evito encontrar meus conhecidos, porque eu só os aborreço.	☐	☐	☐	☐	15
5. Eu sou uma pessoa muito retraída.	☐	☐	☐	☐	16
6. Eu sou tímido.	☐	☐	☐	☐	17
7. Eu sou muito fechado.	☐	☐	☐	☐	18
8. Eu tenho poucos conhecidos.	☐	☐	☐	☐	19
9. Em grupo, eu sou uma pessoa sem vida.	☐	☐	☐	☐	20
10. No contato com outros, sou lento.	☐	☐	☐	☐	21

INSEGURANÇA

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu sou fácil de ser intimidado.	☐	☐	☐	☐	22
2. Eu fico embaraçado, quando alguém me olha.	☐	☐	☐	☐	23
3. Quando sou observado por alguém, começo a suar muito.	☐	☐	☐	☐	24
4. Sinto-me inibido para falar diante dos outros.	☐	☐	☐	☐	25
5. Quando estou falando com autoridades, fico sempre inibido.	☐	☐	☐	☐	26
6. Tenho vontade de sumir, quando chamam meu nome num grupo.	☐	☐	☐	☐	27
7. Eu fico inseguro quando sou observado na rua por alguém.	☐	☐	☐	☐	28
8. Eu evito situações aonde tenho que participar espontaneamente.	☐	☐	☐	☐	29
9. Hesito em aproximar-me de outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	30
10. Eu não gosto de entrar em ambientes, aonde já estejam reunidas outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	31

DIFICULDADE DE VINCULAR-SE

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu não sou reconhecido e aceito pela sociedade.	☐	☐	☐	☐	32
2. Eu perco amizades facilmente.	☐	☐	☐	☐	33
3. Eu dou uma má impressão às pessoas estranhas.	☐	☐	☐	☐	34
4. Eu não consigo progredir na minha profissão, por causa da minha dificuldade de contato.	☐	☐	☐	☐	35
5. Olhando-me no espelho eu penso : Deus do céu, voce parece uma pessoa velha.	☐	☐	☐	☐	36
6. Eu não possuo atratividade para pessoas do sexo oposto.	☐	☐	☐	☐	37
7. Eu não exerço atração sobre pessoas do sexo diferente.	☐	☐	☐	☐	38
8. Meu contato com outras pessoas, geralmente, não dura muito.	☐	☐	☐	☐	39

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
9. Numa festa ou cerimônia, ninguém me dá atenção.	☐	☐	☐	☐	40
10. Por não ser simpático, muitas vezes, eu não consigo obter a simpatia dos outros.	☐	☐	☐	☐	41

DESINTERESSE

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu acho festas, algo desinteressante.	☐	☐	☐	☐	42
2. Não me agradam as festividades sociais.	☐	☐	☐	☐	43
3. Nas festas, eu me sento num canto, sem interesse algum, e indiferente a tudo.	☐	☐	☐	☐	44
4. Permaneço indiferente, quando tenho contato com outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	45
5. Eu prefiro estar sozinho, do que na companhia de outros.	☐	☐	☐	☐	46
6. Eu quase nunca, faço programas com outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	47
7. Eu evito encontros sociais.	☐	☐	☐	☐	48
8. Em casa é onde eu me sinto melhor.	☐	☐	☐	☐	49
9. Dificilmente faço novas amizades.	☐	☐	☐	☐	50
10. Nos encontros sociais, fico sempre em segundo plano.	☐	☐	☐	☐	51

INTROVERSÃO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Não demonstro nenhum tipo de sentimento ruim, diante dos outros.	☐	☐	☐	☐	52
2. Quando estou triste, não deixo ninguém notar minha tristeza.	☐	☐	☐	☐	53
3. Eu escondo meus sentimentos espontâneos, diante dos outros.	☐	☐	☐	☐	54
4. Não deixo que os outros percebam , quando estou deprimido.	☐	☐	☐	☐	55
5. O mundo dos meus sentimentos é fechado às outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	56
6. Não manifesto os sentimentos que tenho pelos outros.	☐	☐	☐	☐	57
7. Eu não deixo ninguém perceber meus aborrecimentos.	☐	☐	☐	☐	58
8. Quando tenho problemas, eu não os conto a ninguém.	☐	☐	☐	☐	59
9. Quando sinto alguma coisa por uma pessoa do outro sexo, guardo esse sentimento para mim.	☐	☐	☐	☐	60

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1

2

3

4

10. Quando acho alguém simpático (a),
não demonstro isso.

☐
☐
☐
☐

61

COMPETÊNCIA

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Estou sempre calmo, quando tenho que falar diante de um grupo grande.	☐	☐	☐	☐	12
2. Geralmente, eu sou o centro de uma discussão.	☐	☐	☐	☐	13
3. Numa discussão, transmito auto-segurança.	☐	☐	☐	☐	14
4. Meus conhecimentos me possibilitam desenvolver, discussões interessantes.	☐	☐	☐	☐	15
5. Sou sempre bem suscedido nas minhas conferências.	☐	☐	☐	☐	16
6. Sinto-me superior, em discussões de grupo.	☐	☐	☐	☐	17
7. Numa discussão, eu sei conduzir, com bastante habilidade, a outra pessoa para os meus pontos de vista.	☐	☐	☐	☐	18

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1

2

3

4

8. Tenho facilidade de fazer uma palestra, para um grupo grande de pessoas.

☐
☐
☐
☐

19

9. Numa discussão, eu influencio mais os outros do que eles a mim.

☐
☐
☐
☐

20

10. Com uma conversa interessante, eu consigo prender a atenção dos outros, horas a fio.

☐
☐
☐
☐

21

INICIATIVA

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Muitas vezes, eu converso com pessoas totalmente desconhecidas.	☐	☐	☐	☐	22
2. Eu gosto de conversar com pessoas que não conheço.	☐	☐	☐	☐	23
3. Eu gosto de contar histórias engraçadas para distrair um grupo de pessoas.	☐	☐	☐	☐	24
4. Quando encontro alguém, começo imediatamente uma conversa com ele(a).	☐	☐	☐	☐	25
5. Num grupo, eu tomo sempre a palavra.	☐	☐	☐	☐	26
6. Numa festa, converso de preferência com pessoas desconhecidas.	☐	☐	☐	☐	27
7. Num encontro, sou eu o primeiro, a iniciar uma conversa.	☐	☐	☐	☐	28
8. Eu gosto de conversar com pessoas do outro sexo.	☐	☐	☐	☐	29
9. Tenho satisfação em conversar com pessoas do sexo oposto.	☐	☐	☐	☐	30

10. Eu sempre exponho francamente, os
meus pontos de vista.

NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

PROLIXIDADE

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu sou muito prolixo.	☐	☐	☐	☐	32
2. Eu sou muito comunicável.	☐	☐	☐	☐	33
3. Muitas vezes, eu procuro alguém para conversar.	☐	☐	☐	☐	34
4. Eu gosto de contar minhas experiências aos outros.	☐	☐	☐	☐	35
5. Eu gosto muito de falar.	☐	☐	☐	☐	36
6. Muitas vezes, eu tenho uma verdadeira necessidade de conversar.	☐	☐	☐	☐	37
7. Eu estou sempre disposto para uma conversa.	☐	☐	☐	☐	38
8. Eu gosto de participar meus pensamentos às outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	39
9. Eu gosto demais de conversar com outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	40
10. Eu tenho sempre disposição para contar algo.	☐	☐	☐	☐	41

PONDERAÇÃO

NÃO
1

UM POUCO
2

BASTANTE
3

TOTALMENTE
4

1. Eu escuto com paciência, as obje -
ções dos outros.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

42

2. Eu sou um ouvinte atencioso.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

43

3. Eu escuto tudo cuidadosamente, an-
tes de fazer um juízo.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

44

4. Eu só faço minhas críticas a ou-
tros, depois de refletir cuidadosa-
mente.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

45

5. Numa discussão, eu ouço todos os
argumentos atentamente.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

46

6. Eu sempre deixo as pessoas, com
quem discuto, exporem seus argumen-
tos até o final.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

47

7. Numa discussão, eu estou sempre
concentrado no assunto.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

48

8. Minha argumentação é sempre deter-
minada por pontos de vista objeti-
vos.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

49

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
9. Eu só respondo, quando a pessoa com quem estou discutindo, já terminou de falar.	☐	☐	☐	☐	50
10. Eu acompanho as palavras das participantes da discussão, com atenção.	☐	☐	☐	☐	51

FASCINAÇÃO

NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
-----	----------	----------	------------

1	2	3	4
---	---	---	---

1. Eu tenho satisfação em concentrar a atenção de todos os participantes de uma discussão, para a minha pessoa.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Fascina-me,encantar um grupo de ouvintes.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Quando conto algo, gosto sempre de exagerar um pouco.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Numa discussão, eu exponho meus argumentos, bem detalhadamente.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

5. Eu gosto de atrair a atenção dos ouvintes para a minha pessoa.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Frequentemente, converso sobre alguma coisa, só para mostrar que conheço do assunto.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Muitas vezes,sinto-me obrigado pelas pessoas presentes, a dizer as coisas de formas mais simples.

☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
8. Minhas explanações são capazes de fascinar um círculo de ouvintes.	☐	☐	☐	☐	59
9. Eu falo frequentemente de mim mesmo.	☐	☐	☐	☐	60
10. Em festas, eu gosto sempre de fazer um discurso.	☐	☐	☐	☐	61

ORGANIZAÇÃO

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu gosto de assumir a responsabilidade de organizar encontros sociais.	☐	☐	☐	☐	12
2. Eu sempre realizo encontros sociais.	☐	☐	☐	☐	13
3. Tratando-se de uma agradável reunião, eu gosto de assumir a liderança.	☐	☐	☐	☐	14
4. Para empreendimentos comunitários, eu estou sempre disposto a ser o organizador.	☐	☐	☐	☐	15
5. Eu sou um organizador nato	☐	☐	☐	☐	16
6. As festas que organizo, são bem apreciadas pelos outros.	☐	☐	☐	☐	17
7. Eu participo ativamente de uma associação.	☐	☐	☐	☐	18
8. Em ocasiões sociais, eu sempre tomo a iniciativa.	☐	☐	☐	☐	19

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
9. Eu sempre assumo um papel de liderança, na fundação de uma associação.	☐	☐	☐	☐	20
10. Me atrai muito, organizar algo para os outros.	☐	☐	☐	☐	21

SOCIABILIDADE

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Estar entre pessoas, é para mim um prazer imenso.	☐	☐	☐	☐	22
2. Eu me adapto, facilmente, às situações de grupo.	☐	☐	☐	☐	23
3. Estou sempre preparado para empreendimentos alegres.	☐	☐	☐	☐	24
4. Os outros podem sempre contar comigo para divertimentos.	☐	☐	☐	☐	25
5. Num grupo divertido eu me sinto muito bem.	☐	☐	☐	☐	26
6. Eu sou uma pessoa sociável.	☐	☐	☐	☐	27
7. Eu estou sempre disposto às brincadeiras.	☐	☐	☐	☐	28
8. Eu me alegro em ter boas relações, com amigos e conhecidos.	☐	☐	☐	☐	29
9. Eu me atiro entusiasticamente às diversões.	☐	☐	☐	☐	30
10. Eu gosto muito, de me divertir com outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	31

SEGURANÇA

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Sinto-me seguro e hábil.	☐	☐	☐	☐	32
2. Num grupo, comporto-me com auto-segurança.	☐	☐	☐	☐	33
3. Na presença de outras pessoas, eu irradio auto-segurança.	☐	☐	☐	☐	34
4. O contato com outras pessoas, é fácil para mim.	☐	☐	☐	☐	35
5. Num grupo, comporto-me descontraidamente.	☐	☐	☐	☐	36
6. Sinto-me descontraído, quando estou na presença de personalidades conhecidas.	☐	☐	☐	☐	37
7. Eu reajo espontaneamente, diante de outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	38
8. Num encontro social, comporto-me despreocupadamente.	☐	☐	☐	☐	39
9. Eu me comunico descontraidamente com pessoas do outro sexo.	☐	☐	☐	☐	40

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1

2

3

4

10. Em encontros sociais, tenho sempre
consciência de mim mesmo.

☐☐☐☐

41

FACILIDADE DE VINCULAR-SE

	NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE	
	1	2	3	4	
1. Eu possuo uma forte força-de-atração sobre o sexo oposto.	☐	☐	☐	☐	42
2. Geralmente aonde me encontro, eu sou o centro das atenções.	☐	☐	☐	☐	43
3. Atraio sempre o olhar das outras pessoas para mim.	☐	☐	☐	☐	44
4. Em situações sociais, atraio a atenção dos outros para a minha pessoa.	☐	☐	☐	☐	45
5. Eu sou bem aceito pelo outro sexo.	☐	☐	☐	☐	46
6. Eu sou atraente para as pessoas do sexo oposto.	☐	☐	☐	☐	47
7. Eu exerço influência sobre o comportamento de outras pessoas.	☐	☐	☐	☐	48
8. Em festas, eu irradio sempre grande simpatia.	☐	☐	☐	☐	49
9. No meio de outras pessoas, eu posso fazer tudo que desejo.	☐	☐	☐	☐	50

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1

2

3

4

10. Muitas vezes, meu comportamento pro
voca olhares de admiração.

☐
☐
☐
☐

51

INICIATIVA

NÃO

UM POUCO

BASTANTE

TOTALMENTE

1

2

3

4

1. De vez em quando, eu me dirijo à
pessoas desconhecidas.

☐☐☐☐

52

2. Eu aproveito todas as oportunida -
des para conhecer novas pessoas.

☐☐☐☐

53

3. Eu envolvo pessoas desconhecidas
nas minhas conversas.

☐☐☐☐

54

4. Eu tenho sede de viver.

☐☐☐☐

55

5. Eu sorrio para pessoas desconheci-
das, antes delas.

☐☐☐☐

56

6. Eu sou sempre o primeiro a mostrar
a alguém, minha simpatia por ele/
ela.

☐☐☐☐

57

7. Eu convido para minha casa, espon-
taneamente, as pessoas que me são
simpáticas.

☐☐☐☐

58

8. Continuadamente aumenta-se meu cír-
culo de pessoas conhecidas.

☐☐☐☐

59

9. Eu gosto de travar conversas com
pessoas do outro sexo.

☐☐☐☐

60

10. Sempre me dirijo às pessoas do se-
xo oposto.

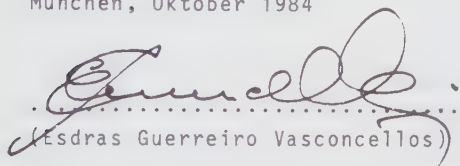
NÃO	UM POUCO	BASTANTE	TOTALMENTE
1	2	3	4
☐	☐	☐	☐

AGRADECEMOS SUA VALIOSA COLABORAÇÃO!

Erklärung

Hiermit erkläre ich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt, keine anderen als die von mir angegebenen Schriften und Hilfsmittel benutzt und die benutzten Werke wörtlich oder die inhaltlich entnommenen Stellen kenntlich gemacht habe.

München, Oktober 1984


.....
(Esdras Guerreiro Vasconcellos)

L E B E N S L A U F

- | | |
|---------------------------------|--|
| Am 19. Juli 1946 | - geboren in Canavieiras-Bahia, Brasilien |
| März 1951 - Dezember 1956 | - Volksschule in der Heimatstadt |
| März 1957 - Dezember 1969 | - Gymnasium in Salvador-Bahia, Abitur in Santos, Sao Paulo |
| April 1971 | - Heirat mit Ana Maria Carlston Andrade-Vasconcellos |
| September 1972 - September 1973 | - Studienkolleg in München |
| November 1973 - Januar 1980 | - Studium der Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München.
Diplomarbeit-Thema: "Der Zusammenhang zwischen der Wahrnehmungsfähigkeit für die Herzaktivität und verschiedenen Persönlichkeitsvariablen" |
| November 1976 | - Geburt unserer Tochter Bärbel Lia |
| November 1978 - November 1980 | - Ausbildung als Jugend- Familien- und Eheberater |
| Mai 1979 - bis heute | - Beratertätigkeit am Evangelischen Beraterzentrum München |
| September 1979- September 1980 | - Lehrtätigkeit an der Staatlichen Fachoberschule in Freising |
| April 1980 | - Geburt unseres Sohnes Christian |
| Juli 1980 - Dezember 1981 | - Psychologe für Spanier und Portugiesen beim Psychologischen Dienst für Ausländer des Caritas-Verbandes München |
| August 1980 - Februar 1985 | - Teilnahme an "Stresa-Projekt" von Prof. Dr. J.C.Brengelmann, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München |
| Oktober 1980 - November 1981 | - Ausbildung als Sexualtherapeut |
| Januar 1982 - September 1982 | - Empirische Forschung im "Instituto do Caracao do Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo, Brasilien |
| Januar 1982 - September 1982 | - Vorträge und Kurse an verschiedenen Universitäten in Brasilien |
| November 1982 | - Veröffentlichung des Artikels "Streß, Distreß" in der Zeitschrift "Psychologia Atual", Brasilien |
| Oktober 1982 | - Veröffentlichung des Artikels "Streß e Cardiopatias" in der RBM-Cardiologia, Brasilien |
| Oktober 1983 - bis heute | - Klinischer Psychologe an den Behinderten-Werkstätten der Lebenshilfe Erding und Freising |
| 1983, 1984 | - Verschiedene Vorträge, Lehrtätigkeiten und Kurse an der Volkshochschule München, Freising, Moosburg, im Evang. Beratungszentrum und in anderen Institutionen |
| Februar 1985 | - Promotion an der Ludwig-Maximilians-Universität München, mit Rigorosem in Philosophie und Psychosomatischer Medizin |

